

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/11 11/12/01		4-Data de Autorização 12/3/11 11/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8064980		7-Data Validade da Senha 11/01/12 11/12/11		421845 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00020202533909000000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome BRUNO HORANA DE BRITO SANTANA													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do Titular do plano BRUNO SANTOS SANTANA													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06632359523													
22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA													
26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-0001810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		1		1		34,00	
2-0001840000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		1		1		1		72,00	
3-1													
4-1													
5-1													
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/3/11 11/12/01		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 11016,00		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

Dra. Thhayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 17752

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/3/11 11/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/3/11 11/12/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/3/11 11/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/3/11 11/12/01

Thhayara Dayan Souza Brito
Dentista