

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

421845
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011	4-Data de Autorização 12/31/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064980	7-Data Validade da Senha 11/11/2012
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010120205333909000000104	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-Teléfono 19/09/2011	15-Nome do titular do plano BRUNO SANTOS SANTANA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA	18-Número no CRO 17752	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006632359523	22-Nome do Contratado Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA	23-Número no CRO 17752	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		27-Número no CRO 17752	28-UF BA	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
1-1-000181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00	S	23/11/2011
2-2-000184000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72	0,00	0,00	S	23/11/2011
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 Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		
23/11/2011		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		106,00		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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2011	52-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/2011
---------------	---	---	---	---

Dra. Thayara Dayan
CRO-BA 17752
Cirurgiã - Dentista

Thayara Dayan Souza Tatiane Souza de Brito