



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



437499
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8130754	7-Data Validade da Senha 09/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534121200000101012	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 LUCIANA GONCALVES SANTANA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano ADRIANO DE SOUZA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	18-Número no CRO 17752	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0066323159523	22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	23-Número no CRO 17752	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THHAYARA 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
1-000181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1
5-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1
6-000185300047					
7-000185300047					
8-000185300047					
9-000185300047					
10-000185300047					
11-000185300047					
12-000185300047					
13-000185300047					
14-000185300047					
15-000185300047					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2012					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1178,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2012
---	---	---	---

Dra. Thhayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 17752

Thhayara Dayan Souza * Luciana Gonçalves Santana