

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

415770
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8039252		7-Data Validade da Senha 08/10/12 11/12/11			
8-Número da Carteira 10102102532864700000101012		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 EVELLY SANTOS DA SILVA		16/11/2002		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JAQUELINE NASCIMENTO DOS SANTOS					
16-Mendicente 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 / ONPJ / CPF 106632359523		22-Nome do Contratado Excutante 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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010812000859		EXODONTIA DE RAIZ	36	1	1	73,00	0,00			12/11/2011	Dr. Thhayara Dayan
2-010812000859		EXODONTIA DE RAIZ	46	1	1	73,00	0,00			12/11/2011	Dr. Thhayara Dayan
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/11 11/12/10		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 146,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	

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 11/12/11 11/12/10	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/11 11/12/10	52-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/11 11/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/11 11/12/10
--	--	--	--

Thhayara Dayan Souza
Thhayara Dayan Souza
Thhayara Dayan Souza