

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012		4-Data de Autorização 05/10/11		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8161722		7-Data Validade da Sentença 21/10/13		444705 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025392310000104													
13-Nome JOABES SOUZA LEMOS FILHO													
10-Empresa SARA DA SILVA AROUCA													
11-Data Validade da Carteira 11/11/11													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
15-Nome do titular do plano SARA DA SILVA AROUCA													
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													
27-Número no CRO 17752													
28-UF BA													
29-Código CBO S													
30-UF BA													
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													
1-001810000651 CONSULTA ODONTOLÓGICA													
2-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
3-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
4-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
5-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
6-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
7-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
8-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
9-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
10-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
11-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
12-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
13-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
14-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
15-001853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/12													
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência													
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial													
46-Valor Total R\$													
47-Valor Total R\$													
48-Total Franquia / Co-participação R\$													
49-Observação													

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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/12
---	---	---	---

Dra. Thhayara Dayan
Girugã - Dentista
CRO-BA 17752