

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



668143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8961351		7-Data Validada da Sanha 11/11/2011	
Dados do Beneficiário				8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validada da Carteira 11/11/2011	
8-Número da Carteira 000202534072100000101				13-Data de Prestação 20/04/1985		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano ADILIO SANTOS DE OLIVEIRA	
13-Nome ADILIO SANTOS DE OLIVEIRA				16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		18-Data de Realização 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10661312359152311				22-Nome do Contratado Excutante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		23-Código CNES 17752		24-UF BA	
26-Nome do Profissional Excutante 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/Rajão	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut
1	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	20/08/21
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	20/08/21
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	20/08/21
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	20/08/21
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação RS				
29/08/21	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcela	144,00	0,00	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), 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 29/08/21
---	---	---	--

Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza
Adilio Santos de Oliveira

668143
INTERCÂMBIO