



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



448381
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 6 / 1 0 4 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
8174662

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 7 / 1 0 1 / 1 2 1

3-Data de Emissão da Guia
0 6 / 1 0 1 / 1 2 1

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
/ / /

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0 1 2 0 2 5 3 4 6 0 8 3 0 0 0 0 1 0 1

15-Nome do titular do plano
THAIS CASAES DE SANTANA

14-Teléfono
() - () - () - () - () - ()

13-Nome
THAIS CASAES DE SANTANA

18/06/1992

025 -
Faturar Empresa

20-Código CBO S
025 -

19-UF
BA

18-Número no CRO
17752

16-Atendimento a RV
N
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

25-Código CNES
BA

24-UF
BA

23-Número no CRO
17752

22-Nome do Contratado Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

26-Código CBO S
BA

28-UF
BA

27-Número no CRO
17752

26-Nome do Profissional Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

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-	0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0			07/10/11										
2-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0 0			07/10/11										
3-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0 0			07/10/11										
4-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0 0			07/10/11										
5-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0 0			07/10/11										
6-																				
7-																				
8-																				
9-																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
43-Data Previsto Término do Tratamento 07/10/11											44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1 1 7 8 0 0		46-Total Quantidade US 1 1 7 8 0 0		47-Valor Total R\$ 1 1 7 8 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 7 8 0 0	

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
07/10/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/10/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
07/10/11

53-Data, local e Carimbo de Empresa
07/10/11