

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



391976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942369	7-Data Validade da Senha 05/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ERINALDO DA CRUZ PERUNA	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ERINALDO DA CRUZ PERUNA
------------------------------------	------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 17752	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
---	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06632359523	22-Nome do Contratado Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA	24-UF BA	25-Código CNES
--	--	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA	27-Número no CRO 17752	28-UF BA	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------

1-0108511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	09/11/2012	K
2-0108511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	09/11/2012	K
3-0108511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	09/11/2012	K
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela	46-Valor Total R\$ 1183,00	47-Valor Total R\$ 1183,00	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 09/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2012
---------------	---	---	---	---

THAYARA DAYAN SOUZA LIMA
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA
Dra. Thayara Dayan
Cirurgia - Dentista
CRC-BA 17752