



Registre-se para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/13/11/11/12/10

4-Data de Autorização
10/15/11/11/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8017184

7-Data Validade da Senha
10/11/10/12/12/11

410183
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002020253281780000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
TRESIGUIANE SHIRLEY DOS SANTOS DE ALME

05/10/1972

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
TRESIGUIANE SHIRLEY DOS SANTOS DE ALME

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1016131231591523

18-Número no CRO
17752

19-UF
BA

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

23-Número no CRO
17752

24-UF
BA

25-Código ONES

26-Nome do Profissional Executante
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/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

1-00182000875 EXODONTIA SIMPLES DE

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

10/15/11/11/20

43-Data Previsão Término do Tratamento
10/15/11/11/20

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-Total Quantidade US
17300

47-Valor Total R\$

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), 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
10/15/11/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/15/11/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/15/11/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/15/11/11/20

54-Data, local e Assinatura do Profissional
10/15/11/11/20

55-Data, local e Assinatura do Profissional
10/15/11/11/20

Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza

Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza

Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza