

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



439310
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8138406		7-Data Validade da Sentença 11/10/2012	
8-Número da Carteira 0020253412120000101		4-Data de Autorização 11/11/2012		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome ADRIANO DE SOUZA SILVA		14-Data 14/07/1994		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ADRIANO DE SOUZA SILVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		18-Número no CRO 17752		19-UF BA		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06163235952311		22-Nome do Contratado Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		23-Número no CRO 17752		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-UF BA	

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
1-10	08511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	SI	11/12/12	Adriano
2-01	08511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	SI	11/12/12	Adriano
3-01	08511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00	0,00	SI	11/12/12	Adriano
4-01	08511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00	0,00	SI	11/12/12	Adriano
5-1											Adriano
6-1											Adriano
7-1											Adriano
8-1											Adriano
9-1											Adriano
10-1											Adriano
11-1											Adriano
12-1											Adriano
13-1											Adriano
14-1											Adriano
15-1											Adriano

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 11/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2012	54-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2012
---------------	---	---	---	---	---

Thayara Dayan Souza - Adriano Souza Silva