

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

410164
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
01/10/2012

6-Número da Guia Principal
8017164

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
09/11/2011

3-Data de Emissão da Guia
03/11/2011

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
002025328647000000101

13-Nome
JAQUELINE NASCIMENTO DOS SANTOS

15-Nome do titular do plano
JAQUELINE NASCIMENTO DOS SANTOS

18-Número no CRO
17752

19-UF
BA

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

22-Nome do Contratado Executante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
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

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
1-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	09/11/2011	Jaqueline N
2-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	09/11/2011	Jaqueline N
3-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	09/11/2011	Jaqueline N
4-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	6	1,00	0,00	0,00	S	09/11/2011	Jaqueline N
5-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	09/11/2011	Jaqueline N
6-11111111111											Jaqueline N
7-11111111111											
8-11111111111											
9-11111111111											
10-11111111111											
11-11111111111											
12-11111111111											
13-11111111111											
14-11111111111											
15-11111111111											

43-Data Previsão do Tratamento 09/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 305,00	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 09/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2011
---	---	---	---

Dr. Thayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
Criciúba - SC

Thayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
Criciúba - SC

Thayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
Criciúba - SC

Thayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
Criciúba - SC

Thayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
Criciúba - SC