

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



431127
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 1 / 1 0 3 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal
8104155

5-Senha
AUTORIZADO

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

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

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
15-Nome do titular do plano
ROSEANE ALMEIDA DOS SANTOS

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Nome
ROSEANE ALMEIDA DOS SANTOS
19/06/1983

025 -
Faturar Empresa

20-Código CBO S
19-UF
BA

18-Número no CRO
17752

22-Nome do Contratado Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

16-Atendimento a RN
N

25-Código CNES
24-UF
BA

23-Número no CRO
17752

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3 1 1 1

17-Nome do Profissional Solicitante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

29-Código CBO S
28-UF
BA

27-Número no CRO
17752

26-Nome do Profissional Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

14-Telefone

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				01/12/2012	ROSEANE S.
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0 0				01/12/2012	ROSEANE S.
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0 0				01/12/2012	ROSEANE S.
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0 0				01/12/2012	ROSEANE S.
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0 0				01/12/2012	ROSEANE S.
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
01/12/2012	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 7 8 0 0 0	0 0 0 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/12/2012	01/12/2012	01/12/2012	01/12/2012

Dra. Thhayara Dayan

Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 17752

Thhayara Dayan Souza * Roseane Almeida dos Santos