

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

388783
INTERCÂMBIO

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

6-Número da Guia Principal
7929332

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 6 1 1 0 1 2 0

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

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 2 4 3 3 7 0 0 0 0 0 1 0 1

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

11-Data Validade da Carteira
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ERINALDO DA CRUZ PERUNA

14-Telefone
(173) 81117-9534

15-Nome do titular do plano
ERINALDO DA CRUZ PERUNA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

18-Número no CRO
17752

19-UF
BA

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0	0,00		S	02/11/2019	Erinaldo				
2-	0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 1 0 0	0,00		S	06/11/2019	Erinaldo				
3-	0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 1 0 0	0,00		S	06/11/2019	Erinaldo				
4-	0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 1 0 0	0,00		S	06/11/2019	Erinaldo				
5-	0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 1 0 0	0,00		S	06/11/2019	Erinaldo				
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão 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\$	
06/11/2019						1		1 7 8 1 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.

49-Observação

Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 17752

06/11/2019

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

06/11/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

06/11/2019

Thayara Dayan Souza
climo.

Thayara Dayan Souza
climo.

Erinaldo da Cruz Peruna