



Isenção para o(a) autor

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



443714
INTERCÂMBIO

7-Data Validade de Senha
1 1 8 1 1 0 3 1 2 1 1

6-Número da Guia Principal
8156898

5-Senha
AUTORIZADO

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

3-Data de Emissão da Guia
1 1 8 1 1 2 1 2 1 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10 0 2 0 2 5 3 4 2 0 7 8 0 0 0 0 0 1 0 2 1

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

15-Nome do titular do plano

DANIELA SOUZA SANTOS

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

0 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3

22-Nome do Contratado Executante

THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

28-Nome do Profissional Executante

THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

18-Número no CRO

17752

19-UF

BA

20-Código CBO S

025 -

24-UF

BA

25-Código CNES

17752

28-UF

BA

29-Código CBO S

17752

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 de Glosa

42-Assinatura

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\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Dra. Thhayara Dayan

Cirurgiã - Dentista

CGO-BA 17752

53-Data, local e Assinatura da Empresa

12/11/2012

54-Data, local e Assinatura da Empresa

12/11/2012