

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



448893
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 7 / 0 4 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8176739

5-Senha
AUTORIZADO

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

3-Data de Emissão da Guia
0 7 / 0 1 / 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 4 6 0 8 3 0 0 0 0 1 0 3

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome
RUAN VINICIUS CASAES DE SANTANA

30/03/2010

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
THAIS CASAES DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

18-Número no CRO
17752

19-UF
BA

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3

22-Nome do Contratado Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

23-Número no CRO
17752

24-UF
BA

25-Código ONES

26-Nome do Profissional Executante
THHAYARA 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
1-1	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	1	12/01/21	
2-1	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	1	12/01/21	
3-1	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	1	12/01/21	
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento	12/01/21	44-Tipo de Atendimento	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
45-Tipo de Faturamento	1-1	46-Tipo de Faturamento	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Quantidade US	183,00	49-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00	50-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00	51-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00	52-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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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
12/01/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/21

52-Tipo de Faturamento
1-1

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/21

Dr. Thayera Dayan

Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 17754

Thayera Dayan Souza Thayera Dayan Souza Thais Casaes de Santana