



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

438411
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 0 1 1 2 1 1 2 0 0	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8134692	7-Data Validade da Seria 1 1 0 1 0 1 3 1 2 1 1
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 4 3 8 0 0 0 0 1 0 2	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 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ZILDA FRANCISCA DOS SANTOS				
14-Telefone () 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
15-Nome do titular do plano LEANDRO NASCIMENTO PINTO				
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 0 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3 1 1 1				
22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA				
23-Número no CRO 17752				
24-UF BA				
25-Código CNES				
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
1-0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	1
2-1				
3-1				
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 1 1 1 1 1 2 1 2 1 0				
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial				
46-Total Quantidade US 1 1 1 1 7 3 1 0 0				
47-Valor Total R\$ 1 1 1 1 0 1 0 0				
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 1 1 0 1 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1 1 1 1 1 2 1 2 1 0	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 1 1 1 2 1 2 1 0	52-Data, local e Assinatura do Empresa 1 1 1 1 1 2 1 2 1 0
Dra. Thhayara Dayan		
Cirurgião - Dentista		
CRO-BA 17752		

Thhayara Dayan Souza Thhayara Dayan Souza Zilda Francisca dos Santos