

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

405447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 01/12/01
5-Senha AUTORIZADO 7998005
6-Número da Guia Principal 7998005
7-Data Validade da Senha 12/04/10 11/12/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome UELTON SILVA LIMA

8-Número da Carteira 01020215330551500010101

15-Nome do titular do plano UELTON SILVA LIMA

14-Telefone (133) 911810-1012121

24/10/1988

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 0663235915123 THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

18-Número no CRO 17752

19-UF BA

20-Código CBO S

23-Número no CRO 17752

24-UF BA

25-Código CNES

27-Número no CRO 17752

28-UF BA

29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

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
1-	0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	26/10/2011	Uelton
2-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0		S	27/10/2011	Uelton
3-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0		S	27/10/2011	Uelton
4-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	27/10/2011	Uelton
5-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	27/10/2011	Uelton
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\$ 27/10/20111778,001778,00											

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), foi(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

Dra. Thhayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA-17752

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

12/11/10/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/11/10/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/11/10/2011

Thhayara Dayan Souza
f.l.m.o.

Thhayara Dayan Souza x Uelton Silva Lima