



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



440415
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Senhá AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8143330	7-Data Validade da Senhá 11/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0002025342770000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome EMILLY APARECIDA SANTANA	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano EMILLY APARECIDA 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 00632351523	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	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		11/11/2012	Emilly So
2-00081530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		11/11/2012	Emilly So
3-00081530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		11/11/2012	Emilly So
4-00081530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		11/11/2012	Emilly So
5-00081530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		11/11/2012	Emilly So
6-1										11/11/11	
7-1										11/11/11	
8-1										11/11/11	
9-1										11/11/11	
10-1										11/11/11	
11-1										11/11/11	
12-1										11/11/11	
13-1										11/11/11	
14-1										11/11/11	
15-1										11/11/11	

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2012	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-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 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012	52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/2012	53-Data, local e Assinatura do Profissional 11/11/2012
---	---	--	---

Dra. Thharyana Dayan

Cirurgião Dentista

CRO-BA 17752

Thharyana Dayan So. 30 x Emilly Aparecida Santana