



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/1011/1211	4-Data de Autorização 11/14/1011/1211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191862	7-Data Validade da Senha 11/13/1014/1211						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010202534787500000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	452938 INTERCÂMBIO						
13-Nome CASSILANDIA VANDERLEI AMORIM BORGES											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano JOEL DOS SANTOS BORGES											
16-Matrimônio a RN THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA											
17-Data de Nascimento 27/08/1985											
18-Número no CRO 17752											
19-UF BA											
20-Código CBO S 025 -											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10161613213159152131111											
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-Molho da Glosa 42-Assinatura
1-0	081100006151	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		11/14/1011/211	
2-0	081530004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00		11/14/1011/211	
3-0	081530004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00		11/14/1011/211	
4-0	081530004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00		11/14/1011/211	
5-0	081530004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00		11/14/1011/211	
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 11/14/1011/1211											
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-Valor Total R\$ 1178,00											
47-Valor Total R\$ 1178,00											
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1178,00											

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 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 11/14/1011/1211	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/14/1011/1211	52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/14/1011/1211	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/14/1011/1211
Thayara Dayan Souza x Cassilândia Vanderlei Amorim Borges			
Dra. Thiyara Dayan Cirurgiã - Dentista CRO-BA 17752			