



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



transmissão para você emitir

391616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 13/11/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7940939	7-Data Validade da Santa 05/10/11/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253253030000001012	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
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13- Nome

MARCIO NELIO BASTOS DOS SANTOS	06/03/1978	14-Telefone (11) 31086444	15-Nome do titular do plano CEILA CAMILA DOS REIS NASCIMENTO
--------------------------------	------------	------------------------------	---

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

06632359523	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
1-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61100	0100			S	13/11/2012	Forças
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento

13/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61100	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100
------------	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 13/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2012	52-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/2012
---	---	---

53-Data, local e Carimbo da Empresa

13/11/2012	13/11/2012	13/11/2012
------------	------------	------------

THAYARA DAYAN SOUZA
Lima
THAYARA DAYAN SOUZA
Lima
MARCIO NELIO BASTOS DOS SANTOS
Lima

Dra. Thayara Davani
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA-17752