



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2º Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/04/2012	4-Data de Autorização 08/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8448109	7-Data Validade da Senha 04/10/2012	514641 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 00202025351798000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
LUCILANE SILVA DE SOUZA

14-Telefone () -	15-Data Validade do plano ESDRAS MOTA COSTA
----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO	18-Número no CRO 16493	19-UF BA	20-Código CBO S	21-UF BA	22-Código CNES	23-UF BA	24-UF BA	25-Código CBO S	26-UF BA	27-Código CBO S	28-UF BA	29-Código CBO S	30-UF BA	31-UF BA	32-UF BA	33-UF BA	34-UF BA	35-UF BA	36-UF BA	37-UF BA	38-UF BA	39-UF BA	40-UF BA	41-UF BA	42-UF BA	43-UF BA	44-UF BA	45-UF BA	46-UF BA	47-UF BA	48-UF BA	49-UF BA	50-UF BA	51-UF BA	52-UF BA	53-UF BA	54-UF BA	55-UF BA	56-UF BA	57-UF BA	58-UF BA	59-UF BA	60-UF BA	61-UF BA	62-UF BA	63-UF BA	64-UF BA	65-UF BA	66-UF BA	67-UF BA	68-UF BA	69-UF BA	70-UF BA	71-UF BA	72-UF BA	73-UF BA	74-UF BA	75-UF BA	76-UF BA	77-UF BA	78-UF BA	79-UF BA	80-UF BA	81-UF BA	82-UF BA	83-UF BA	84-UF BA	85-UF BA	86-UF BA	87-UF BA	88-UF BA	89-UF BA	90-UF BA	91-UF BA	92-UF BA	93-UF BA	94-UF BA	95-UF BA	96-UF BA	97-UF BA	98-UF BA	99-UF BA	00-UF BA
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-------------	----------------	-------------	-------------	-----------------	-------------	-----------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006012037554	22-Nome do Contratado Exequente CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO	23-Número no CRO 16493	24-UF BA	25-Código CNES	26-UF BA	27-Código CBO S	28-UF BA	29-Código CBO S	30-UF BA	31-UF BA	32-UF BA	33-UF BA	34-UF BA	35-UF BA	36-UF BA	37-UF BA	38-UF BA	39-UF BA	40-UF BA	41-UF BA	42-UF BA	43-UF BA	44-UF BA	45-UF BA	46-UF BA	47-UF BA	48-UF BA	49-UF BA	50-UF BA	51-UF BA	52-UF BA	53-UF BA	54-UF BA	55-UF BA	56-UF BA	57-UF BA	58-UF BA	59-UF BA	60-UF BA	61-UF BA	62-UF BA	63-UF BA	64-UF BA	65-UF BA	66-UF BA	67-UF BA	68-UF BA	69-UF BA	70-UF BA	71-UF BA	72-UF BA	73-UF BA	74-UF BA	75-UF BA	76-UF BA	77-UF BA	78-UF BA	79-UF BA	80-UF BA	81-UF BA	82-UF BA	83-UF BA	84-UF BA	85-UF BA	86-UF BA	87-UF BA	88-UF BA	89-UF BA	90-UF BA	91-UF BA	92-UF BA	93-UF BA	94-UF BA	95-UF BA	96-UF BA	97-UF BA	98-UF BA	99-UF BA	00-UF BA
---	---	---------------------------	-------------	----------------	-------------	-----------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

26-Nome do Profissional Exequente

26-Nome do Profissional Exequente CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO	27-Número no CRO 16493	28-UF BA	29-Código CBO S	30-UF BA	31-UF BA	32-UF BA	33-UF BA	34-UF BA	35-UF BA	36-UF BA	37-UF BA	38-UF BA	39-UF BA	40-UF BA	41-UF BA	42-UF BA	43-UF BA	44-UF BA	45-UF BA	46-UF BA	47-UF BA	48-UF BA	49-UF BA	50-UF BA	51-UF BA	52-UF BA	53-UF BA	54-UF BA	55-UF BA	56-UF BA	57-UF BA	58-UF BA	59-UF BA	60-UF BA	61-UF BA	62-UF BA	63-UF BA	64-UF BA	65-UF BA	66-UF BA	67-UF BA	68-UF BA	69-UF BA	70-UF BA	71-UF BA	72-UF BA	73-UF BA	74-UF BA	75-UF BA	76-UF BA	77-UF BA	78-UF BA	79-UF BA	80-UF BA	81-UF BA	82-UF BA	83-UF BA	84-UF BA	85-UF BA	86-UF BA	87-UF BA	88-UF BA	89-UF BA	90-UF BA	91-UF BA	92-UF BA	93-UF BA	94-UF BA	95-UF BA	96-UF BA	97-UF BA	98-UF BA	99-UF BA	00-UF BA
---	---------------------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

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-Aspiradura
1-0	01810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	26/04/2021	26/04/2021
2-0	01853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	26/04/2021	26/04/2021
3-0	01853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	26/04/2021	26/04/2021
4-0	01853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	26/04/2021	26/04/2021
5-0	01853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	26/04/2021	26/04/2021
6-0										26/04/2021	26/04/2021
7-0										26/04/2021	26/04/2021
8-0										26/04/2021	26/04/2021
9-0										26/04/2021	26/04/2021
10-0										26/04/2021	26/04/2021
11-0										26/04/2021	26/04/2021
12-0										26/04/2021	26/04/2021
13-0										26/04/2021	26/04/2021
14-0										26/04/2021	26/04/2021
15-0										26/04/2021	26/04/2021

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Frequência / 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 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 26/04/2012 Camila Couto de Lucena de Araujo Cirurgião - Dentista CRO / BA 16493	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 26/04/2012 Camila Couto de Lucena de Araujo Cirurgião - Dentista CRO / BA 16493	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/04/2012 Lucilane Silva de Souza Cirurgião - Dentista CRO / BA 16493	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 26/04/2012 Camila Couto de Lucena de Araujo Cirurgião - Dentista CRO / BA 16493
--	--	---	---