

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/11 12/11/12 01		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8161705		7-Data Validade da Seria 12/11/10 13/11/21		444701 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010202534034000000105		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome WILKER AMORIM SILVA		27/11/2008		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano LILIANE COELHO DE AMORIM					
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 10663231595231		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	
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34100		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
2-1										39-Aut	
3-1										40-Data de Realização	
4-1										41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
5-1										S 05/10/11/21	
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 10/10/11/21		44-Tipo do Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34100		47-Valor Total R\$ 1010101		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fiscos, 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/11/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/11/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/11/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa Dra. Thhayara Dayan Cirurgiã - Dentista CRO-BA 17752	
--	--	--	--	--	--	---	--

Thhayara Dayan Souza Amorim