



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



444702
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/12 12/12/12	4-Data de Autorização 10/15/10 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8161708	7-Data Validade da Senha 12/11/10 13/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020253403404000000010105	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 WILKER AMORIM SILVA	13-Data 27/11/2008	14-Telefone () - - - - -	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 THAYARA DAYAN SOUZA LIMA	18-Número no CRO 17752	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101616131213159152131111	22-Nome do Contratado Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA	23-Número no CRO 17752	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THAYARA 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
1-0101841000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			05/10/12	W. Amorim
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
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 10/15/10 11/12/11	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 72,00	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 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 10/15/10 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/15/10 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/15/10 11/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/11/12/11	54-Data, local e Assinatura do Profissional Dra. Thavara Dayan Cirurgiã - Dentista CRO-BA 17752
--	--	--	---	--