

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

390567
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 4 / 0 1 / 2 1

6-Número da Guia Principal
7936444

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 3 / 1 0 / 2 0

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 2 5 3 0 3 0 0 0 0 1 0 1 1

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

Dados do Beneficiário

13-Nome
CEILA CAMILA DOS REIS NASCIMENTO

14-Telefone
(713) 8864-4734

29/09/1992

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

22-Nome do Contratado Executante
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
0 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3

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
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 1 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	3 4 1 0 0	0 1 0 0		06/10/2011	Silvia	Silvia
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0		13/11/2011	Silvia	Silvia
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0		13/11/2011	Silvia	Silvia
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0		13/11/2011	Silvia	Silvia
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0		13/11/2011	Silvia	Silvia
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/2011	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 1 7 8 1 0 0	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------------	--------------------	---

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

Thayara Dayan Souza
Dentista
CRO-BA 17752

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

13/11/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/11/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

13/11/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa

13/11/2011

Thayara Dayan Souza
Dentista
CRO-BA 17752

Thayara Dayan Souza
Dentista
CRO-BA 17752

Thayara Dayan Souza
Dentista
CRO-BA 17752