

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

421846
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 6 / 0 2 / 1 2 1 1

6-Número da Guia Principal
8064992

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 2 3 / 1 1 / 1 2 0 1

3-Data de Emissão da Guia
1 1 8 / 1 1 / 1 2 0 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 3 9 0 9 0 0 0 0 1 0 5

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CALAINE DOS SANTOS CRUZ

05/01/2007

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
BRUNO SANTOS SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

18-Número no CRO
17752

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 1 6 1 6 3 2 3 5 1 9 5 2 3

22-Nome do Contratado Executante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

23-Número no CRO
17752

24-UF
BA

25-Nome do Profissional Executante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

26-Número no CRO
17752

27-UF
BA

28-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-Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0		0 0 0		2 3 / 1 1 / 2 0	23/11/20
2-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	7 2 1 0 0		0 0 0		2 3 / 1 1 / 2 0	23/11/20
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Total Franquia / Co-participação R\$
23/11/20	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 1 1 0 6 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0

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), folharam 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

Dra. Thhayara Dayan
Cirurgiã - Dentista

CRO-BA 17752

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
23/11/20	23/11/20	23/11/20	23/11/20

Thhayara Dayan Souza Thhayara Dayan Souza Thhayara Dayan Souza