



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

transmitida para você sorrir

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8156974		7-Data Validade da Senha 18/11/2012		443723 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
8-Número da Carteira 002025342078000000101		4-Data de Autorização 21/11/2012		5-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		15-Nome do titular do plano DANIELA SOUZA SANTOS													
13-Nome DANIELA SOUZA SANTOS		21/09/1981		14-Telefone ()		18-Número no CRO 17752		19-UF BA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		23-Número no CRO 17752		24-UF BA		25-Código CNES													
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 006632359523		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		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
1-01018110000065				CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		1		3400		0,00						21/11/2012		Danilo	
2-008153000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		1		3600		0,00						21/11/2012		Danilo	
3-008153000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		1		3600		0,00						21/11/2012		Danilo	
4-008153000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		1		3600		0,00						21/11/2012		Danilo	
5-008153000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																			
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
43-Data Previsão Término do Tratamento 21/11/2012		44-Tipo de Atendimento 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\$ 10,00		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 21/11/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2012		54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012		55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012													

Dra. Thhayara Dayan

Cirurgiã - Dentista

CRQ-BA-17752