



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



436687
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 8 / 1 1 / 2 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8126805	7-Data Validade da Senha 0 8 / 1 1 / 0 3 / 1 2 / 1
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 0 5 3 3 9 0 4 2 0 0 0 0 0 1 0 1	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DAIZE MOURA DE OLIVEIRA	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano DAIZE MOURA DE OLIVEIRA
------------------------------------	------------------------	--

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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 0 0 6 6 3 1 2 3 5 9 5 2 3	22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	23-Número no CRO 17752	24-UF BA	25-Código ONES
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
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6	1,00	0,00	0,00		09/12/20	Doença M.O
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6	1,00	0,00	0,00		09/12/20	Doença M.O
3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6	1,00	0,00	0,00		09/12/20	Doença M.O
4-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6	1,00	0,00	0,00		09/12/20	Doença M.O
5- / / / / / / / / / /											
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total US 244,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/20	54-Data, local e Assinatura do Profissional 09/12/20
---	---	---	---	---

Thayara Dayan Souza Thayara Dayan Souza Thayara Dayan Souza Thayara Dayan Souza