



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



429560 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11
 4-Data de Autorização 10/1/12
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 8097078
 7-Data Validade de senha 12/5/12

8-Número da Carteira 002025386600000101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARINALVA FRANCISCA DOS SANTOS
 14-Teléfono
 15-Nome do titular do plano MARINALVA FRANCISCA DOS SANTOS

16-Número no CRO 17756
 17-Nome do Profissional Solicitante LUANA WALGER DE FARIA
 18-UF BA
 19-UF BA
 20-Código CBO S
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04092818670
 22-Nome do Contratado Executante LUANA WALGER DE FARIA
 23-Número no CRO 17756
 24-UF BA
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante LUANA WALGER DE FARIA
 27-Número no CRO 17756
 28-UF BA
 29-Código CBO S

30-Taboia 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Ddd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ddd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-01	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/12/11		Marinalva
2-1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/12/11		Marinalva
3-1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/12/11		Marinalva
4-1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/12/11		Marinalva
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	1	12/12/11		Marinalva
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
 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 174,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 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 e 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 10/3/11 12/12/11 2011 Marinalva
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 10/3/11 12/12/11 2011 Marinalva
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 10/3/11 12/12/11 2011 Marinalva
 53-Data, local e Cópia de Empresa
 10/3/11 12/12/11 2011 Marinalva
 Via: Empresa: Walger de Faria
 Cirurgião-Dentista
 CRO-BA-17756