

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/09/10 10/12/01

4-Data de Autorização
12/01/10 10/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7971703

7-Data Validade da Senha
11/01/11 10/12/11

399265
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025326817000000103

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LARISSA DE JESUS LIMA

14-Telefone

(17131) 811310-511122

15-Nome do titular do plano

GENILDA CARVALHO DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

17-Nome do Profissional Solicitante

THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

18-Número no CRO

17752

19-UF

BA

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

101613123591523

22-Nome do Contratado Executante

THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

23-Número no CRO

17752

24-UF

BA

25-Código UNES

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

1-00181000065 CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-00184000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

3-00184000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

4-00184000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

5-00184000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

6-00184000198

7-00184000198

8-00184000198

9-00184000198

10-00184000198

11-00184000198

12-00184000198

13-00184000198

14-00184000198

15-00184000198

16-00184000198

17-00184000198

18-00184000198

19-00184000198

20-00184000198

21-00184000198

22-00184000198

23-00184000198

24-00184000198

25-00184000198

26-00184000198

27-00184000198

28-00184000198

29-00184000198

30-00184000198

31-00184000198

32-00184000198

33-00184000198

34-00184000198

35-00184000198

36-00184000198

37-00184000198

43-Data Previsão Término do Tratamento

12/01/10/12/01

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento

1-1-Total 2-Parcial

46-Tipo de Faturamento

1-1-Total 2-Parcial

47-Valor Total R\$

1174100

48-Total Franquia / Co-participação R\$

000000

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

Dra. Thayara Dayan

Cirurgiã - Dentista

CRO-BA-17752

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

12/01/10/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/01/10/12/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/01/10/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/01/10/12/01

Thayara Dayan Souza Lima
Thayara Dayan Souza Lima
Lima