

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

441602
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
11/06/2013

6-Número da Guia Principal
8148910

5-Serinha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/07/12

3-Data de Emissão da Guia
11/06/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020253431390000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Data
10/03/1994

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/06/12

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

FERNANDA FABRICIA ALVES DA SILVA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
FERNANDA FABRICIA ALVES DA SILVA

16-Atendimento a RN

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 / CPF
06632359523

22-Nome do Contratado Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

23-Número no CRO
17752

24-UF
BA

25-Código CNES

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
1-010811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00		0,00	S	17/12/12	Fernanda
2-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00		0,00	S	17/12/12	Fernanda
3-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00		0,00	S	17/12/12	Fernanda
4-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00		0,00	S	17/12/12	Fernanda
5-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00		0,00	S	17/12/12	Fernanda
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/12/12	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\$ 0,00	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), 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 17/12/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/12/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/12/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/12/12
---	---	---	---

Thayara Dayan Souza Thayara Dayan Souza Fernanda Fabrcia Alves da Silva
Dra. Thhayarh Dayan
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 17752