

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P



598515
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2016	4-Data de Autorização 26/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8744616	7-Data Validade da Senha 23/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202538907200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SHANAYA WINE COSTA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VANDERLANDIA DA COSTA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante UBIRATAN DE SOUZA COSTA JUNIOR	18-Número no CRO 14570	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02595467123	22-Nome do Contratado Executante UBIRATAN DE SOUZA COSTA JUNIOR	23-Número no CRO 14570	24-UF BA	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-16
26-Nome do Profissional Executante UBIRATAN DE SOUZA COSTA JUNIOR		27-Número no CRO 14570	28-UF BA	29-Código CBO S (IF) 85200158-26

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA ³		1		34,00	0,00		S	26/10/2016		Shanaya
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO ^{3B}	16	1		533,00	0,00		S	26/10/2016		Shanaya
3	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO ^{3B}	26	1		533,00	0,00		S	26/10/2016		Shanaya
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1100,00	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 e referidos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2016 Shanaya wine e.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2016	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Ubiratan de S. C. Júnior Clínico Geral CRO-BA 14570
---------------	---	---	---	---	---

573