

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 11/08/11
4-Data de Autorização 12/03/11
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8064993
7-Data Validade da Senha 11/06/12

421848
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1002022533909000000102
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE SILVA DE BRITO
14-Telefone
15-Nome do titular do plano BRUNO SANTOS SANTANA
16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA
18-Número no CRO 17752
19-UF BA
20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101616323519523
22-Nome do Contratado Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA
23-Número no CRO 17752
24-UF BA
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA
27-Número no CRO 17752
28-UF BA
29-Código CBO S

Faturar Empresa

025 -

30-Tabella	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 Class 42-Assinatura
1-000181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		23/11/12	Tatiane B
2-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD	1	36,00		0,00		23/11/12	Tatiane B
3-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID	1	36,00		0,00		23/11/12	Tatiane B
4-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE	1	36,00		0,00		23/11/12	Tatiane B
5-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE	1	36,00		0,00		23/11/12	Tatiane B
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/3/11
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1178,00
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$ 1178,00
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 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 12/3/11
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/11
54-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/11

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista