

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 2 / 1 1 / 2 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8110041	7-Data Validade da Senha 0 2 / 1 0 / 3 1 2 1	432609 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 8 9 1 1 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome OLGA MARILIA DE MENEZES SANTOS	14-Teléfono () / /	15-Nome do titular do plano PAULO JOSE DOS SANTOS JUNIOR
---	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	18-Número no CRO 17752	19-UF BA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3	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
1-0	018110100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		03/11/2012		
2-0	01853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00		0,00		03/11/2012		
3-0	01853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00		0,00		03/11/2012		
4-0	01853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00		0,00		03/11/2012		
5-0	01853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00		0,00		03/11/2012		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$	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), 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/2012	Dra. Thhayara Dayan Cirurgiã - Dentista CRO-BA 17752
---	---	---	---	--

Thhayara Dayan Senzo
03/11/2012