



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



426662
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Serinha
12/12/11 11/12/11

6-Número da Guia Principal
8085290

5-Serinha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/16/11 11/12/11

3-Data de Emissão da Guia
12/14/11 11/12/11

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010202025333438000000103

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/11/11

13-Nome

LETICIA CARDOSO DOS SANTOS

11/04/1985

15-Nome do titular do plano
LEANDRO NASCIMENTO PINTO

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

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1016161312131595231111

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
1-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6100	0,00	0,00	0,00	11/11/2011	26/11/2011	Letícia C.
2-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6100	0,00	0,00	0,00	11/11/2011	26/11/2011	Letícia C.
3-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6100	0,00	0,00	0,00	11/11/2011	26/11/2011	Letícia C.
4-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6100	0,00	0,00	0,00	11/11/2011	26/11/2011	Letícia C.
5-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsto Término do Tratamento
12/19/11 11/12/11

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
1244100

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), 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
12/16/11 11/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/16/11 11/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/16/11 11/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/16/11 11/12/11

Dra. Thihayara Dayan

Cirurgiã - Dentista

CRO-BA 17752

Thihayara Dayan Souza * Letícia Cardoso dos Santos