



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

405855 INTERCÂMBIO					
1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/12/10		5-Senha AUTORIZADO	
4-Data de Autorização 12/7/11 01/12/10		6-Número da Guia Principal 7999717		7-Data Validade da Senha 12/5/10 11/12/11	
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020253268170000001012		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JULIA DE JESUS LIMA					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano GENILDA CARVALHO DE JESUS					
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 01663231519523					
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	
1-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA		37-O 1 161000	
2-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA		16-O 1 161000	
3-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA		26-O 1 161000	
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/3/11 10/12/10					
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 118300					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
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					
Imagens analisadas					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/11 10/12/10		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11 10/12/10		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11 10/12/10	
				53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/11 10/12/10	
				54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11 10/12/10	

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Thibaut Davan

Cirurgiã - Dentista

Thompson Dayo n Sou zo Thanyone Dayom Sou zo Thimida Caracalho de frans.