

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

428806
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/4/11/02/11/21/1

8-Número da Guia Principal
8094307

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/01/11/11/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/6/11/11/12/01

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

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

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
10/02/02/53257700000101012

15-Nome do titular do plano
JACIENE NASCIMENTO CASAES PINTO

14-Telefone
(11) 11111111

06/11/1960

13-Nome
ROBELIO DA SILVA PINTO FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 -
Faturar Empresa

20-Código CBO S

19-UF
BA

18-Número no CRO
17752

17-Nome do Profissional Solicitante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

16-Atendimento a RN
N

25-Código CNES

24-UF
BA

23-Número no CRO
17752

22-Nome do Contratado Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
106632359523111

29-Código CBO S

28-UF
BA

27-Número no CRO
17752

26-Nome do Profissional Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

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 Cláusula	42-Assinatura
1-1-000182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	11	1	1	1	73,00	0,00	0,00	S	30/11/2011		Reclus
2-2-000182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	34	1	1	1	73,00	0,00	0,00	S	30/11/2011		Reclus
3-3-000182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	33	1	1	1	73,00	0,00	0,00	S	30/11/2011		Reclus
4-4-000182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	44	1	1	1	73,00	0,00	0,00	S	30/11/2011		Reclus
5-5-000182000875												
6-6-000182000875												
7-7-000182000875												
8-8-000182000875												
9-9-000182000875												
10-10-000182000875												
11-11-000182000875												
12-12-000182000875												
13-13-000182000875												
14-14-000182000875												
15-15-000182000875												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Total Franquia / Co-participação R\$
13/01/11/11/21/01	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	11 2 9 2 1 0 1 0 1	11 2 9 2 1 0 1 0 1	11 2 9 2 1 0 1 0 1	11 2 9 2 1 0 1 0 1

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/01/11/11/21/01	13/01/11/11/21/01	13/01/11/11/21/01	13/01/11/11/21/01

Dra. Thhayara Dayan

Cirurgião - Dentista

CRO-BA 17752

Thhayara Dayan Souza + Robelio da Silva Pinto Filho
Pinto