



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



442226
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
11/16/10 3/12/11

6-Número da Guia Principal
8151545

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/11/11 12/10/11

3-Data de Emissão da Guia
11/16/11 12/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010210215334343810000101021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Centro Nacional de Saúde

13-Nome

ZILDA FRANCISCA DOS SANTOS

04/09/1961

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
LEANDRO NASCIMENTO PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N 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
01061613213159152131111

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
1-0101821000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	21/11/2011	21/11/2011	21/11/2011
2-0101821000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47	1	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	21/11/2011	21/11/2011	21/11/2011
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento

12/11/11 12/12/10

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

1146,00

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

21/11/11 12/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

21/11/11 12/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

21/11/11 12/12/10

53-Data, local e Carimbo de Empresa

21/11/11 12/12/10

Dra. Thhayara Dayan

Cirurgiã - Dentista

CRO-BA 17752