

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

435730
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 7 / 1 1 2 / 1 2 / 0 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8122388		7-Data Validade da Senha 0 7 / 1 0 3 / 1 2 / 1 1		
Dados do Beneficiário										
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 0 0 4 8 0 0 0 0 1 0 1 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome JESSICA CARDOSO DOS SANTOS										
14-Teléfono () - - - - -										
15-Data Validade do plano JESSICA CARDOSO DOS SANTOS										
16-Atendimento a RN N										
17-Nome do Profissional Solicitante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA										
18-Número no CRO 17752										
19-UF BA										
20-Código CBO S										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 6 1 3 2 3 5 9 1 5 2 3										
22-Nome do Contratado Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA										
23-Número no CRO 17752										
24-UF BA										
25-Código CNES										
26-Nome do Profissional Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA										
27-Número no CRO 17752										
28-UF BA										
29-Código CBO S										
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 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	0	09/11/2012	Assinatura
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	0	09/11/2012	Assinatura
3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	0	09/11/2012	Assinatura
4-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	0	09/11/2012	Assinatura
5-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	0	09/11/2012	Assinatura
6-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	0	09/11/2012	Assinatura
7-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	0	09/11/2012	Assinatura
8-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	0	09/11/2012	Assinatura
9-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	0	09/11/2012	Assinatura
10										
11										
12										
13										
14										
15										
43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/2012										
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 549,00										
47-Valor Total R\$ 0,10										
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,10										

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), 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 09/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2012
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012	

Thayara Dayan Souza
Thayara Dayan Souza + Jessica Cardoso dos Santos
Reimbo.