

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



927612
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/2013

4-Data de Autorização
13/01/2013

5-Semeta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9742107

7-Data Validade da Semeta
12/18/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025454826000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
TAMILES SANTOS DA SILVA

22/07/1993

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
TAMILES SANTOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RN
RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

18-Número no CRO
8958

19-UF
BA

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
169312060287

22-Name do Contratado Executante
RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

23-Número no CRO
8958

24-UF
BA

25-Código CNES

Enviar - RX
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

27-Número no CRO
8958

28-UF
BA

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	18,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
13/01/2013

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
88,80

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Doutor, 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
30/03/2013

51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Tosana Cristó

52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Tosana Cristó

53-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
30/03/2013

54-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
30/03/2013

55-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
30/03/2013

Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 21.398

Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 21.398