

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



409687
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/11 11/20	4-Data de Autorização 03/11/11 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8015590	7-Data Validade da Senha 13/11/01 11/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002020253281340000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ROBERT LUCIO STEC SOBRINHO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ROBERT LUCIO STEC SOBRINHO
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 06632359523	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
1-001820008159	EXODONTIA DE RAIZ	25	1	1	1	73,00	0,00	0,00	11/11/20	S	11/11/20
2-001820008159	EXODONTIA DE RAIZ	47	1	1	1	73,00	0,00	0,00	11/11/20	S	11/11/20
3-001820008159	EXODONTIA DE RAIZ	38	1	1	1	73,00	0,00	0,00	11/11/20	S	11/11/20
4-111111111111											
5-111111111111											
6-111111111111											
7-111111111111											
8-111111111111											
9-111111111111											
10-111111111111											
11-111111111111											
12-111111111111											
13-111111111111											
14-111111111111											
15-111111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/11/11/20	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 1219,00	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), foforam 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 03/11/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/11/20
--	--	--	--

Thharyana Dayan Souza + ROBERT LUCIO STEC SOBRINHO

Dra. Thharyana Dayan
Cirurgiã - Dentista

CRO-BA 17752