

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



383712
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10/9/12/0	4-Data de Autorização 12/8/10/9/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7908233	7-Data Validade da Senha 12/4/11/2/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00021025050871000422203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JUNTO SEGUROS S.A.	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOSE SANTANA LOPES MUNIZ	14-Telefone () 816211770	15-Nome do titular do plano THALISON GABRIEL FONSECA MUNIZ
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alteração a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante SUCCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 76362418387	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCCUPIRA DOS SANTOS
25-Número no CRO 1673	26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCCUPIRA DOS SANTOS
27-Número no CRO 1673	28-Código CBO S 10
29-Código CBO S MA	30-Código CBO S MA

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Dist	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00		S	18/09/20		Helela
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Criodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Obter viajão

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2012 Helela Succupira	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 18/10/2012 Helela Succupira	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 18/10/2012 S. M. Lemos	53-Data, local e Carimbo de Empresa 18/10/2012
--	--	---	---

Dra Helena Succupira
Cirurgiã - Dentista
CRO/MA 1673