

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 4-Data de Autorização 12/4/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7901575 7-Data Validade da Sentença 12/2/12

382247  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100201252753220000010210 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome SILVESTRE DE OLIVEIRA

31/12/1976

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone ( ) -

11-Data Validade da Carteira 12/1/12 15-Nome do titular do plano CRISTIANE CESTARO MIGLIAT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1763362418387 22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

18-Número no CBO 1673 19-UF MA 20-Código CBO S 10 23-Número no CRO 1673 24-UF MA 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 82000212-15 27-Número no CRO 1673 28-UF MA 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 |
|-----------|---------------------------|--------------|--------------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 0                         | 82000212-15  | AUMENTO DE COROA CLINICA | 15      | 1      | 181,00           | 0,00     | 0,00                            | S      | 08/10/2011            |                    |               |
| 2-1       |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-1       |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-1       |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-1       |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-1       |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-1       |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-1       |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1       |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |              |                          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Prevista Término do Tratamento 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 181,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 08/10/2011 Helena Sucupira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/8/01/10/2011 Helena Sucupira 52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 10/8/01/10/2011 C. Cristiane 53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/2011 Dra Helena Sucupira Cirurgião - Dentista CRO/MA 1673