



427772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/11 11/2/01	4-Data de Autorização 10/3/11 12/1/2/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8090076	7-Data Validade da Sentença 12/3/11 02/1/2/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101201253286140000001012	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 JUAREZ REIS SILVA AMARAL NETO	03/01/2007	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ARACANGELA BERNARDETE TEIXEIRA AMARAL
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Apresentamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 1673	19-UF MA	20-Código CRO S 10	025 - Faturar Empresa
-----------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 176316124181387	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	23-Número no CRO 1673	24-UF MA	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	27-Número no CRO 1673	28-UF MA	29-Código CRO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Guia	42-Assinatura
1-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5	10,0	0,0	0	03/11/2011		
2-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5	10,0	0,0	0	03/11/2011		
3-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5	10,0	0,0	0	03/11/2011		
4-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5	10,0	0,0	0	03/11/2011		
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 140,00	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 03/11/2011 Helena Sucupira	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2011 Helena Sucupira	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2011 Aracangela Bernardete Teixeira Amaral	53-Data local e Carimbo da Empresa 03/11/2011
--	--	--	--

Dra Helena Sucupira
Cirurgiã - Dentista
CROMA 1673