

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



461561
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/5/10/1/21		4-Data de Autorização 12/6/10/1/21		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8231283		7-Data Validade da Sentença 12/5/10/4/121	
8-Número da Carteira 00202535070800000101						9-Piloto POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	
13-Nome CLEUDIMAR DA CONCEICAO RODRIGUES						23/12/1964		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano CLEUDIMAR DA CONCEICAO RODRIGUES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA		22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS		18-Número no CRO 1673		19-UF MA		20-Código CBO S 10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17636241838711		23-Número no CRO 1673		24-UF MA		25-Código CNES MA		26-UF MA		27-Código CBO S MA	
26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa
1-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6,10,0	0,10,0	12601011	12601011	12601011	12601011
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6,10,0	0,10,0	12601011	12601011	12601011	12601011
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6,10,0	0,10,0	12601011	12601011	12601011	12601011
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6,10,0	0,10,0	12601011	12601011	12601011	12601011
5-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4,10,0	0,10,0	12601011	12601011	12601011	12601011
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	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 178,10,0	47-Valor Total R\$ 0,10,0	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(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.

48-Observação

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Dado local e Carimbo da Empresa
 Dra Helena Sucupira
 Cirurgiã - Dentista
 CRMMA 1673