

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/10/2019 4-Data de Autorização 17/10/2019 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7877418 7-Data Validade da Sentença 15/12/2019

376724
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1012025275322000001010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 17/10/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIANE CESTARO MIGLIAT 07/04/1977 14-Telefone 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 CLÍNICA ODONTOLÓGICA 18-Número no CRO 1673 19-UF MA 20-Código CBO S 10 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1763624118387111 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 CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	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 Glor	42-Assinatura
1-0	0	8100065			1	34,00	0,00			12/10/2019		
2-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
3-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
4-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
5-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
6-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
7-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
8-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
9-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
10-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
11-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
12-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
13-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
14-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
15-0	0	8530047			1	36,00	0,00			24/09/2019		
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Valor Total US	47-Valor Total R\$	48-Valor Total Franquia / Co-participação R\$							
17/10/2019	1- Tratamento Odontológico	1- Total	1178,00	10,00								

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-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2019 Heleena Sucupira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2019 Heleena Sucupira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2019 Cristiane Cestaro Migliat 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2019 Cirurgia - Dentista CROMA 1673

Dr. Heleena Sucupira