

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



419764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11	4-Data de Autorização 12/03/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8056581	7-Data Validade da Sentença 11/04/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202509784001047602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome ILANA MIRANDA CASTRO MARTINS	18/08/1987	14-Telefone (98) 32439200	15-Nome do titular do plano CLAUDENIR PEREIRA MARTINS
---	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 76362418387	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	23-Número no CRO 1673	24-UF MA	25-Código CINES
--	--	--------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	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-Cid	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		23/11/20		
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00		0,00		23/11/20		
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00		0,00		23/11/20		
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00		0,00		23/11/20		
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00		0,00		23/11/20		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 178,00	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/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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/11 Ilana Sucupira	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/11 Ilana Sucupira	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/11 Ilana Castro	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 23/11/11 Ilana Castro	54-Dia, local e Carimbo da Empresa 23/11/11 Ilana Castro
---	---	---	---	---

Ilana Sucupira
Cirurgiã - Dentista
CRO/MA 1873