



433455
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 10/3/11 2/12/10 4-Data de Autorização 11/1/11 2/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8113701 7-Data Validade da Senha 10/3/10 3/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 532861400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ARCANDELA BERNARDETE TEIXEIRA AMARAL 15/12/1965 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ARCANDELA BERNARDETE TEIXEIRA AMARAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alterando a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA 18-Número no CRO 1673 19-UF MA 20-Código CBO S 10 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 763624118387 22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 23-Número no CRO 1673 24-UF MA 25-Código CNES Enviar - RX (1) 8100421-RPID (1) 8100421- 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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	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	820000816				45				11/12/10		
		EXODONTIA A RETALHO										
2-0	0	81000421				RPID				11/12/10		
		RX PERIAPICAL										
3-0	0	81000421				RPSD				11/12/10		
		RX PERIAPICAL										
4-0	0	85100196				RESTAURAÇÃO RESINA	270			11/12/10		
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

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 162,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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), foram realizados 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 11/11/11 Helena Sucupira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 Helena Sucupira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 Aracnedele Amaral

53-Data, local e Assinatura do Express 11/11/11 Dra Helena Sucupira

54-Data, local e Assinatura do Express 11/11/11 Dra Helena Sucupira

55-Data, local e Assinatura do Express 11/11/11 Dra Helena Sucupira

56-Data, local e Assinatura do Express 11/11/11 Dra Helena Sucupira

57-Data, local e Assinatura do Express 11/11/11 Dra Helena Sucupira

58-Data, local e Assinatura do Express 11/11/11 Dra Helena Sucupira

59-Data, local e Assinatura do Express 11/11/11 Dra Helena Sucupira