

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 11/11/2012 4-Data de Autorização 12/3/11/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8137587 7-Data Validade da Sentença 11/11/2013 12/11/2011

439086
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 1002025340433000010101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade do Cartão 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA MARIA SILVA DE OLIVEIRA

02/08/1971

14-Telefone

15-Nome do Titular do plano ANA MARIA SILVA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 176362418387 22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

23-Número no CRO 1673

19-UF MA 20-Código CBO S 10

026 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPID (I) 85100200 (I) 85100200

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-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PVI	1	122,00	0,00			03/11/2012		
2-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	188,00	0,00			03/11/2012		
3-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	P	1	161,00	0,00			03/11/2012		
4-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	188,00	0,00			08/11/2012		
5-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	161,00	0,00			07/11/2012		
6-0	0181000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	0,00			07/11/2012		
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	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tipos de Atendimento	1-Total 2-Parcial	434,00	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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação: Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2012 Helena Sucupira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012 Helena Sucupira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012 Ana Maria Silva de Oliveira 53-Data, local e Cartão da Empresa 03/11/2012 Dira Helena Sucupira Cirurgiã - Dentista CRO/MA 1673