



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



411764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 11/210	4-Data de Autorização 10/07/11 11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8023451	7-Data Validade da Senha 10/02/10 12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10002025331311000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARIA CLARA CAMPOS	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA ANGELICA SILVA CAMPOS
-------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento 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 176316241838711	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	

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-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000065			1	34,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
2-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
3-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
4-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
5-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
6-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
7-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
8-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
9-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
10-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
11-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
12-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
13-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
14-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena
15-0	0	84000198			1	35,00	0,00		11/11/11	20		Dr. Helena

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Aliamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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) 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 Dr. Helena Suciupira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 Dr. Helena Suciupira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 Dr. Helena Suciupira Sr.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 Dr. Helena Suciupira	54-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 Dr. Helena Suciupira
--	--	--	--	--

Dr. Helena Suciupira
Cirurgiã - Dentista
CRMMA 1673