

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



454414
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4-Data de Autorização 11/06/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8198909	7-Data Validade da Sentença 11/05/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 100202527532200001021	12-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/05/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SILVESTRE DE OLIVEIRA	31/12/1976	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 CLINICA ODONTOLOGICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 76362418387	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS
26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	27-Número no CRO 1673
	28-UF MA
	29-Código CBO S 10
	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela	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
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S 12/04/12
2-1									
3-1									
4-1									
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/05/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Última Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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(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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/01/11/21 <i>Helena Sucupira</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/01/12/11 <i>Helena Sucupira</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/01/12/11 <i>Silvestre</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/01/12/11	Dra Helena Sucupira Cirurgiã - Dentista CROMA 1673
--	--	--	---	--