

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



385953
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/10 09/12/10	4-Data de Autorização 10/11/10 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917491	7-Data Validade da Senha 12/08/11 12/12/10
8-Número da Carteira 10/02/10 25/03/03 8770000010104					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JULIO PEREIRA SIQUEIRA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano NYLCILEIA DE JESUS PEREIRA					
16-Atendimento 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 de Operadora / CNPJ / CPF 17/63/3624183871					
22-Nome do Contratado Exercente HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS					
23-Número no CRO 1673					
24-UF MA					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Exercente HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS					
27-Número no CRO 1673					
28-UF MA					
29-Código CBO S					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-0-0-0-8-1-0-0-0-0-6-5-1	30-2-0-0-0-8-4-0-0-0-0-9-0-1	30-3-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	30-4-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	30-5-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	30-6-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1
31-Código do Procedimento					
32-Descrição					
33-Dente/Raiz					
34-Face					
35-Qtd					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto 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\$					

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 referências 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 01/11/10 11/10/10 Helena Siqueira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/10 11/10/10 Helena Siqueira	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário/Responsável 01/11/10 11/10/10 S. Siqueira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/10 11/10/10 Dna Helena Siqueira Cirurgiã - Dentista CRMMA 1873
--	--	--	---