



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



737025
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/11 01/211	4-Data de Autorização 11/3/11 01/211	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9162487	7-Data Validade da Sentença 11/11/01/11/212
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01021021542632160000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome JOSE CARLOS OLIVEIRA DE ANDRADE	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS OLIVEIRA DE ANDRADE
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIN 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 / CNR / CPF 176362418387	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	23-Número no CRO 1673	24-UF MA	25-Código CNES MA	26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	27-Número no CRO 1673	28-UF MA	29-Código CBO S MA
---------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--	--	--------------------------	-------------	----------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------

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/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	85300047			1	36,00	0,00			11/01/11		
2-0	0	85300047			1	36,00	0,00			11/01/11		
3-0	0	85300047			1	36,00	0,00			11/01/11		
4-0	0	85300047			1	36,00	0,00			11/01/11		
5-0	0	81000065			1	34,00	0,00			11/01/11		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11 211 Helena Suciupira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11 211 Helena Suciupira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11 211 Jose Carlos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/11 211	54-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/11 211
--	--	---	---	---

Dra. Helena Suciupira
Cirurgiã - Dentista
CRO/MA 1673