



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 4-Data de Autorização 12/03/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8056577 7-Data Validade da Senha 11/04/11 8-Data Validade da Guia 11/02/11

419759
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020205097840010476011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE

11-Data Validade da Carteira 11/01/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLAUDENIR PEREIRA MARTINS

11/05/1981

14-Teléfono (98) 324319200

15-Nome do titular do plano CLAUDENIR PEREIRA MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLÓGICA

22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

18-Número no CRO 1673

19-UF MA

20-Código CBO S 10

25-Código CNES MA

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 76362418387

23-Número no CRO 1673

24-UF MA

26-UF MA

27-Número no CRO 1673

28-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			23/11/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			23/11/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			23/11/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			23/11/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			23/11/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
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\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	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(foram) 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 10/3/11 11/20 Helena Suciupira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11 11/20 Helena Suciupira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11 11/20 Helena P. Martins 53-Data, local e Cartão da Empresa 12/3/11 11/20 Dita Helena Suciupira Cirurgiã - Dentista CRMMA-1673