



358175
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 8/12/10	4-Data de Autorização 12/12/10 8/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7793222	7-Data Validade da Senha 11/5/11 1/12/10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 9 9 8 3 6 0 0 3 6 3 0 2 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIA NASCIMENTO NOGUEIRA					
27/04/2006					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV 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 17163162418387	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-Cont	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196				37	0	1				
		RESTAURAÇÃO RESINA										
2	00	85100196				47	0	1				
		RESTAURAÇÃO RESINA										
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dia Próximo 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 contrato. Decido, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
31/10/2010 Helena Sucupira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/10/2010 Helena Sucupira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/10/2010 Julia Nascimento

53-Data, local e Cartão da Empresa
31/10/2010

Dra Helena Sucupira
Cirurgiã - Dentista
CRO/MA 1673