

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/09 4-Data de Autorização 10/11/09 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7839055 7-Data Validade da Serina 13/01/11 8-Data Validade da Serina 13/01/11

367844
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202519836000363022

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JULIA NASCIMENTO NOGUEIRA

27/04/2006

14-Telefone () 30361400

15-Nome do titular do plano EDMUNDO SANTOS NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA

22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

18-Número no CRO 1673

19-UF MA

20-Código CBO S 10

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 176362418387

23-Número no CRO 1673

24-UF MA

25-Código CNES

26-Código CBO S

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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	18,8	10,0	0,0	0,0	11/11/09	11/11/09	Dr. Helena Sucupira
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	16,1	10,0	0,0	0,0	11/11/09	11/11/09	Dr. Helena Sucupira
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/10/2010

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 149,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-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. 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: Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/09 Helena Sucupira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/09 Helena Sucupira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/10/09 Dr. Helena Sucupira

53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/10/09 Dr. Helena Sucupira

Dr. Helena Sucupira
Cirurgiã - Dentista
CRO/MA 1873