

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro AINS: 406414
 3-Data de Emissão da Guia: 10/17/11/10/12/10
 4-Data de Autorização: 10/19/11/10/12/10
 5-Sentença AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal: 7942370
 7-Data Validade da Sentença: 10/15/10/11/12/11

391965
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Idioma da Carteira: 10/02/02/15/32/58/07/00/00/00/10/11
 9-Flora: POS REDE PRESTADORA

13-Nome

ROSEANE SILVA CANTANHEDE

30/11/1993

10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 14-Telefone: () - - - - -

11-Data Validade da Carteira: / /
 15-Nome do titular do plano: ROSEANE SILVA CANTANHEDE

12-Número de Cartão Nacional da Saúde

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Adm. Amortizado a RN: N
 17-Nome do Profissional Solicitante: SUCUPIRA CLINICA ODONTOLÓGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 76362418387
 22-Nome do Contratado Executante: HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

26-Nome do Profissional Executante: HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

18-Número no CRO: 1673
 19-UF: MA
 20-Código CBO S: 10
 23-Número no CRO: 1673
 24-UF: MA
 25-Código CNES: Enviar - RX
 26-Código CBO S: (I) 85100200 (I) 81000421-
 28-UF: MA
 29-Código CBO S: (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6,1	10,00	0,00	SI	22/10/2011	ROSEANE	
2-00	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VOM	1	2,2	10,00	0,00	SI	23/10/2011	ROSEANE	
3-00	851100210	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	8,8	10,00	0,00	SI	23/10/2011	ROSEANE	
4-00	810004211	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1,4	10,00	0,00	SI	14/11/2011	ROSEANE	
5-00	851100210	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	8,8	10,00	0,00	SI	23/10/2011	ROSEANE	
6-00	810004211	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1,4	10,00	0,00	SI	14/11/2011	ROSEANE	
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: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência
 45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US: 387,00
 47-Valor Total R\$: 10,00
 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. 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: 10/11/2011 Helena Sucupira
 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/11/2011 Helena Sucupira
 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/11/19/2011 Roseane Costa
 53-Data local e Carimbo da Empresa: 10/11/2011
 Dra Helena Sucupira
 Cirurgião - Dentista
 CRO/MA 1673