

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012 4-Data de Autorização 10/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7832392 7-Data Validade da Senha 12/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100201253159770000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCIA GALVAO CORREA 14-Telefone 04/03/1969 15-Nome do titular do plano MARCIA GALVAO CORREA

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 / CNPJ / CPF 176362418387 22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 23-Número no CRO 1673 24-UF MA 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante

HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

27-Número no CRO 1673

28-UF MA

29-Código CBO S

30-Aut 85100200

31-Aut 85100200

32-Aut 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-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 Glorosa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VI	1	18,8	10,0	0,0	1	10/09/2012	X	1673
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OL	1	18,8	10,0	0,0	1	10/09/2012	X	1673
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	18,8	10,0	0,0	1	10/09/2012	X	1673
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VM	1	18,8	10,0	0,0	1	10/09/2012	X	1673
5-00												
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 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 35,2 47-Valor Total R\$ 10,0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0

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 03/09/2012 Helena Sucupira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/2012 Helena Sucupira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/2012 Marcia Galvão Correa 53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/09/2012 Dra Helena Sucupira Cirurgiã - Dentista CRO/MA 1673