

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 4-Data de Autorização 11/07/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8057637 7-Data Validade da Senha 11/04/10 8-Data Validade da Guia 11/02/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020253313131100000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome MARIA DAS GRACAS HOLANDA SILVA

30/01/1950

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

11-Data Validade da Carteira / / 15-Nome do titular do plano MARIA ANGELICA SILVA CAMPOS

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

420001 INTERCAMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 176362418387 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 025 - Faturar Empresa 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	1					
						3	4	10				
2-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1	1					
						3	6	10				
3-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1	1					
						3	6	10				
4-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1	1					
						3	6	10				
5-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1	1					
						3	6	10				
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 1178100 47-Valor Total R\$ 10100 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 11/11/2011 Helena Sucupira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011 Helena Sucupira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 Maria Angelica S.C. 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/2011 Dta Helena Sucupira Cirurgiã - Dentista CRO/MA 1679