

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/5/11 12/12/10 4-Data de Autorização 11/5/11 12/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8145697 7-Data Validade da Sentença 11/5/11 03/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215341836000001011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ERINALDO SA ALVES 20/1/1984 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ERINALDO SA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA 18-Número no CRO 1673 19-UF MA 20-Código CRO 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 26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 27-Número no CRO 1673 28-UF MA 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Quid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Recusa	42- Assinatura
1-0	0	811010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00				11/6/12/12/20		
2-0	0	853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00				11/6/12/12/20		
3-0	0	853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00				11/6/12/12/20		
4-0	0	853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00				11/6/12/12/20		
5-0	0	853101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00				11/6/12/12/20		
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 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Criodentia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantitativo US 1178,00 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(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 11/6/11/12/11/20 Helena Sucupira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/6/11/12/11/20 Helena Sucupira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/6/11/12/11/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/6/11/12/11/20 Dra Helena Sucupira Cirurgião - Dentista CRMMA 1673