



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



414942
INTERCÂMBIO

transmissão para rede sem

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 11/210	4-Data de Autorização 11/01/11 11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8035755	7-Data Validade da Senha 10/7/10 12/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010120250978140011890401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome CRISTIANE REGO OLIVEIRA	25/08/1973	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano CRISTIANE REGO OLIVEIRA
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1763812418387	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS
26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	27-Número no CRO 1673
18-Número no CRO 1673	19-UF MA
23-Número no CRO 1673	24-UF MA
28-UF MA	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										36-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor								
1-0	0	81000065				34,00									
2-0	0	85300047				36,00									
3-0	0	85300047				36,00									
4-0	0	85300047				36,00									
5-0	0	85300047				36,00									
6-0	0														
7-0	0														
8-0	0														
9-0	0														
10-0	0														
11-0	0														
12-0	0														
13-0	0														
14-0	0														
15-0	0														

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	10,00	

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) 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 10/11/11 Dr. Helena Sucupira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 Dr. Helena Sucupira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 Dr. Helena Sucupira	53-Data, local e Carimbo do Empresa 10/11/11 SP	Dra Helena Sucupira Cirurgiã - Dentista CREMA-1673
---	---	---	--	--