

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



401259
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 12 10	4-Data de Autorização 12/11/10 12 10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980440	7-Data Validade da Série 11/9/10 11 21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 2 8 4 2 5 0 0 0 0 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
CLAUDIMILA GASPAS SOUSA

01/05/1987

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do plano
CLAUDIMILA GASPAS SOUSA

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 1673	19-UF MA	20-Código CRO S 10	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17 6 3 6 2 4 1 8 3 8 7	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	23-Número no CRO 1673	24-UF MA	25-Código CNES	
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,10			11/10/20		
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,6	10,10			11/10/20		
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,6	10,10			11/10/20		
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,6	10,10			11/10/20		
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,6	10,10			11/10/20		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	117,8	10,10								

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/10 10 10 Helena Sucupira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/10 10 10 Helena Sucupira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/10 10 10 Claudimila Gaspar	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/10 10 10	Dra Helena Sucupira Cirurgiã - Dentista CRO/MA 1673
---	---	---	---	---