

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/11 10/12/10	4-Data de Autorização 11/19/11 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954563	7-Data Validade da Senha 11/11/10 11/12/11
8-Número da Carteira 10/02/02 25/05/08 7110/04222011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa JUNTO SEGUROS S.A.					
11-Data Validade da Carteira 11/11/10 11/12/11					
12-Número de Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome THALISON GABRIEL FONSECA MUNIZ					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do Titular do plano THALISON GABRIEL FONSECA MUNIZ					
16-Atendimento a RN SUCUPIRA CLINICA ODONTOLÓGICA					
17-Nome do Profissional Solicitante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS					
18-Número no CRO 1673					
19-UF MA					
20-Código CBO S 10					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1763162418387					
22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS					
23-Número no CRO 1673					
24-UF MA					
25-Código CNES Faturar Empresa					
26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS					
27-Número no CRO 1673					
28-UF MA					
29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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 Glosa	42-Assinatura
1-	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,00	0,00	0,00	10/12/10		
2-	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,00	0,00	0,00	10/12/10		
3-	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,00	0,00	0,00	10/12/10		
4-	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,00	0,00	0,00	10/12/10		
5-	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,00	0,00	0,00	10/12/10		
6-	111		1	1	1					10/12/10		
7-	111		1	1	1					10/12/10		
8-	111		1	1	1					10/12/10		
9-	111		1	1	1					10/12/10		
10-	111		1	1	1					10/12/10		
11-	111		1	1	1					10/12/10		
12-	111		1	1	1					10/12/10		
13-	111		1	1	1					10/12/10		
14-	111		1	1	1					10/12/10		
15-	111		1	1	1					10/12/10		
43-Data Previsto 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\$			
11/11/11		1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial		178,00		0,00					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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

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(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.

48-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/2010 Helena Sucupira	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/2010 Helena Sucupira	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2010 Thalison Muniz	53-Data local e Carimbo da Empresa 24/11/2010 Dra Helena Sucupira Cirurgia - Dentista CROMA 1873
--	--	---	---