



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



446791
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 11/21	4-Data de Autorização 10/07/10 11/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8169986	7-Data Validade da Sentença 10/04/10 11/21
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5/34090300001010101	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 MARIA GORETI CORREIA LIMA	10/09/1958	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA GORETI CORREIA LIMA	

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 CBO S 10	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17636241183871	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	23-Número no CRO 1673	24-UF MA	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RIS	
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-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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8100421	RX PERIAPICAL	RIS	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/01/21		Helela
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

Declaram, 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.

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2011/21 Helela Suciupira	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 10/08/2011/21 Helela Suciupira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2011/21 Maria Goreti Correia Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/2011/21
---	---	--	--

Dra Helena Suciupira
Cirurgiã - Dentista
CRO/MA 1673