



388609
INTERCÂMBIO

Requisitos para emitir guia

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 01/12/10	4-Data de Autorização 01/06/11 01/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928595	7-Data Validade da Guia 13/11/11 12/12/10
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10012012531597770000010101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome

RODRIGO GALVAO SILVA

01/02/2001

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

MARCIA GALVAO CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 1673	19-UF MA	20-Código CBO S 10	205 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

17631624183871

22-Nome do Contratado Ex-utente

HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

23-Número no CRO

1673

24-UF

MA

25-Código CNES

MA

26-Código CBO S

MA

26-Nome do Profissional Ex-utente

HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

27-Número no CRO

1673

28-UF

MA

29-Código CBO S

MA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-000181000421		RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	15/10/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

11/11/11

44-Tipo de Atendimento

1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 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

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, a 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 de Cirurgião-Dentista Solidante

15/11/2011 Helena Sucupira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

15/11/2011 Helena Sucupira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

15/11/2011 Rodrigo Galvão Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa

15/11/2011

Dra Helena Sucupira

Cirurgiã - Dentista

CRMMA 1673