



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



454401
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 11/21	4-Data de Autorização 11/06/10 11/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8198858	7-Data Validade da Sentença 11/05/10 11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002020534371600000101	10-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/05/10 11/21	
13-Nome JOAO PEDRO MOURA DA ROCHA					
15-Nome do titular do plano JOAO PEDRO MOURA DA ROCHA					
12-Número de Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 1673	19-UF MA	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 17613624118387	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS		23-Número no CRO 1673	24-UF MA	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226 (I) 85100200 (I) 85100226 (I) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS					
27-Número no CRO 1673					
28-UF MA					
29-Código CBO S					
30-Data de Realização					
31-Motivo da Classe					
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 Classe					
42-Assinatura					
43-Data Prevista 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\$					

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 18/10/11 21 Helena Sucupira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/11 21 Helena Sucupira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/11 21 João Pedro Moura da Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/11 21	Dra Helena Sucupira Cirurgiã - Dentista CRO/MA 1673
--	--	--	--	---