

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A*

435258
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4064 14 3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 2/12/10 4-Data de Autorização 11/09/11 2/12/10 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8120402 7-Data Validade da Semana 10/05/11 03/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012025334678000001011 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome:

JULIETE MONTEIRO DA SILVA 22/06/1990 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano JULIETE MONTEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA 18-Número no CRO 1673 19-U/F MA 20-Código CBO S 10 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1763362418387 22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 23-Número no CRO 1673 24-U/F MA 25-Código CNE S 26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 27-Número no CRO 1673 28-U/F MA 29-Código CBO S 30-Faturar Empresa Enviar - RX 025 - (1) 81000421- (1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Centro Região	34- Fator	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1-0	0182000816	EXODONTIA A RETALHO	26	1	1	7,3,0,0	0,0,0,0	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20
2-0	0182000816	EXODONTIA A RETALHO	28	1	1	7,3,0,0	0,0,0,0	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20
3-0	0181000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1,4,0,0	0,0,0,0	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20
4-0	0181000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1,4,0,0	0,0,0,0	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20	11,9,11,2,11,20
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 1774,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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) descrito(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

11/01/11 21/11/2011 Helene Sucupira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/01/11 21/11/2011 Helene Sucupira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/01/11 21/11/2011 Juliete monteiro

53-Data, local e Endereço da Empresa

11/01/11 21/11/2011

Dra Helene Sucupira

Cirurgiã - Dentista
CRO/MA 1873