

2-N⁺Dados do Beneficiário

13-NOME	ANA CLEUDE SILVA DOS SANTOS	26/06/1978	14-1-1800000	()	15-NOME DO titular do plano	ANA CLEUDE SILVA DOS SANTOS
---------	-----------------------------	------------	--------------	-----	-----------------------------	-----------------------------

Dados de Contratacao Respondeavel pelo Tratamento

025 - Faturar Empresa

21-Código na Declaração CNDJ / CPF	17	6	3	6	2	4	1	8	3	8	7								
22-Nome do Contratado Exatante	HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS																		
23-Numero no CRO	1673																		
24-UF	MA																		
25-Código CNES																			

26-Nome do Profissional Escritor	27-Número no CBO	28-U/F	29-Código CBO S
HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	1673	MA	

Plano de Tratamento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Centro Região	34- Fica	35- Cuid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia e Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1- 0	0	8	1	0	0	0	0	6	5			
2- 0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
3- 0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
4- 0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
5- 0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
6- 1	1	8	1	0	0	0	0	6	5			
7- 1	1	8	5	3	0	0	0	4	7			
8- 1	1	8	5	3	0	0	0	4	7			
9- 1	1	8	5	3	0	0	0	4	7			
10- 1	1	8	5	3	0	0	0	4	7			
11- 1	1	8	5	3	0	0	0	4	7			
12- 1	1	8	5	3	0	0	0	4	7			
13- 1	1	8	5	3	0	0	0	4	7			
14- 1	1	8	5	3	0	0	0	4	7			
15- 1	1	8	5	3	0	0	0	4	7			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observation

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista S.1 (dentista)	14/11/2021	fulana Scarpino
51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista S.2 (dentista)	14/11/2021	ANA Paula
52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	14/11/2021	fulana Scarpino
53-Dado local e Carimbo da Empresa Cirurgião - Dentista	14/11/2021	Dra Helena Scarpino

CFR01/MA 1673