



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012 4-Data de Autorização 12/3/12 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8146798 7-Data Validade da Semina 15/11/2012 441144 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002012533833000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JACIRA UIARA MOREIRA SERRA CARDOSO 10/03/1972 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JACIRA UIARA MOREIRA SERRA CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLÓGICA 18-Número no CRO 1673 19-UF MA 20-Código CBO S 10 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100226 (1) 85100200 (1) 81000421-RPID (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

76362418387 22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

26-Nome do Profissional Executante

HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 27-Número no CRO 1673 28-UF MA 29-Código CBO S 10

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Labela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ativ	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	42	VLD	1	12,00	0,00		S	30/12/2012		afac
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	31	DL	1	8,00	0,00		S	30/12/2012		afac
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	41	DL	1	8,00	0,00		S	30/12/2012		afac
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	32	DL	1	8,00	0,00		S	30/12/2012		afac
5-0	0	RX PERIAPICAL	RPID	1	14,00	0,00	0,00		S	30/12/2012		afac
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodonta 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra Helena Sucupira
Cirurgiã - Dentista
CROMA 1673