



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 9/12/01 4-Data de Autorização 12/3/10 9/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7900441 7-Data Validade da Senha 12/2/11 12/12/10

8-Número da Carteira 10-0202532196700010101101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA CLEUDE SILVA DOS SANTOS 26/06/1978 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANA CLEUDE SILVA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA 18-Número no CRO 1673 19-UF MA 20-Código CBO S 10 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 176362418387 22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 23-Número no CRO 1673 24-UF MA 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 27-Número no CRO 1673 28-UF MA 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8100065			1	14,00	0,00			12/10/2010		
2-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
3-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
4-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
5-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
6-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
7-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
8-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
9-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
10-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
11-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
12-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
13-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
14-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		
15-0	0	8530047			1	6,00	0,00			12/10/2010		

43-Data Prevista 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 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 a arcar com os custos previstos e contralo, 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 24/10/2010 Helena Suciupira 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2010 Helena Suciupira 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2010 53-Data local e Carimbo da Empresa 24/10/2010 Dra Helena Suciupira Cirurgia - Dentista CRO/MA 1673