



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/19 4-Data de Autorização 12/11/19 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7885293 7-Data Validade de Senha 11/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025199836000363021 9-Data de Nascimento 27/04/2006 10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES 11-Data Validade de Carteira 11/11/11 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome JULIA NASCIMENTO NOGUEIRA 14-Telefone (11) 30361140 15-Nome do Titular do plano EDMUNDO SANTOS NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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 1763162418387 22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 23-Número no CRO 1673 24-UF MA 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 27-Número no CRO 1673 28-UF MA 29-Código CBO S 85100218 85100218 85100226

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-tabela	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	8	5	1	0	0	2	0	0			
		RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	1	8	10	0			
2-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
		RESTAURAÇÃO RESINA	11	MDP	1	1	2	12	10			
3-0	0	8	5	1	0	0	2	2	6			
		RESTAURAÇÃO RESINA	21	MDPV	1	1	2	12	10			
4-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
		RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPV	1	1	2	12	10			
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Criodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade 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-Observações

. Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/2019 Helena Suciupira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2019 Helena Suciupira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 28/10/2019 Edmundo Santos N.C. 53-Data, local e Campo da Empresa 28/10/2019 Dra Helena Suciupira Cirurgião - Dentista CRMMA 1873