



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 10/12/11 10/12/10 4-Dado de Autorização 10/15/11 10/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7928573 7-Dado Validade da Série 13/11/11 12/12/10

Dados do Beneficiário

8-Aluno da Carreira 10/02/2001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dado Validade da Carreira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RODRIGO GALVAO SILVA 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano MARCIA GALVAO CORREA

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 10 025 - Faturar Empresa

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 Enviar - RX (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 27-Número no CRO 1673 28-UF MA 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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-Dado de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6 1 1 0 1 0	0 1 0 1 0	1	10 7 1 1 4 9 1 20		
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6 1 1 0 1 0	0 1 0 1 0	1	10 7 1 1 10 1 20		
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6 1 1 0 1 0	0 1 0 1 0	1	15 1 1 0 1 20		
4-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	1 4 1 0 1 0	0 1 0 1 0	1	15 1 1 0 1 20		
5-0	0	8 2 0 0 0 8 1 6	EXODONTIA A RETALHO	36	1	1	7 3 1 0 1 0	0 1 0 1 0	1	15 1 1 0 1 20		
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Dado 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 Quantitativo US 270 47-Valor Total R\$ 10 10 10 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 de 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, a 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-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/7/11/10/12/10 Helena Suciupira 51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/7/11/10/12/10 Helena Suciupira 52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/7/11/10/12/10 Marcia Galvão Correa 53-Dado local e Carimbo da Empresa 10/7/11/10/12/10 Dña Helena Suciupira Cirurgiã - Dentista CRMMA 1673