



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 11/21 4-Data de Autorização 11/4/10 11/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8191276 7-Data Validade da Senha 11/3/10 11/21

452769
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202534371600000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

13-Nome

JOAO PEDRO MOURA DA ROCHA

24/06/1992

14-Telefone

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número de Cartão Nacional da Saúde

15-Nome do Titular do plano

JOAO PEDRO MOURA DA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN

SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA

17-Nome do Profissional Solicitante

HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

18-Número no CRO

1673

19-UF

MA

20-Código CBO S

10

21-Valor

025 -

22-UF

MA

23-Código CNES

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

17631624118387

22-Nome do Contratado Executante

HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS

23-Número no CRO

1673

24-UF

MA

25-Código CBO S

1673

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-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 10 0	0 10 0	0	14 10 4 1	21		
2-1	0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 10 0	0 10 0	0	14 10 4 1	21		
3-1	0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 10 0	0 10 0	0	14 10 4 1	21		
4-1	0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 10 0	0 10 0	0	14 10 4 1	21		
5-1	0	0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 10 0	0 10 0	0	14 10 4 1	21		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1 Tratamento Odontológico	1-1 Total 2-Parcial	1178,00	0 10 0								

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) descrito(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

11/11/11 11/11/11 Helena Sucupira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/11 11/11/11 Helena Sucupira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/11 11/11/11 João Pedro Moura

53-Data, local e Cartão da Empresa

11/11/11 11/11/11

Dra Helena Sucupira

Cirurgiã - Dentista

CPF: 000.000.000-00