



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10/1/2/1	4-Data de Autorização 12/7/10/1/2/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8227279	7-Data Validade de Senha 12/3/10/14/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Atividade da Carteira 0002012534801800000101	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	
13-Nome ROSANA LINDAIA SILVA MELONIO			14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Titular do plano ROSANA LINDAIA SILVA MELONIO
Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento					
16-Affiliação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLÍNICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 1673	19-UF MA	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 76362418387			22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	23-Número no CRO 1673	24-UF MA
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
1-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US 36100
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	37-Valor 01010
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	38-Franquia/Co-participação R\$ 01010
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	39-Aut
5-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	40-Data de Realização 27/01/21	
6-1				41-Motivo da Cita 42-Assinatura	
7-1					
8-1					
9-1					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantitativo US 178,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

Decido, 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 27/01/21 Helena Sucupira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/01/21 Helena Sucupira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/01/21 ROSANA MELONIO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/01/21
			Dra Helena Sucupira Cirurgiã - Dentista CRO/MA 1673