



1-Região ANS 4064-14 3-Dia de Emplacamento da Guia 11/11/11 4-Dia de Autenticação 11/11/11 5-Série AUTORIZADO 8043146 7-Data Validade e Série 10/19/11 211

416705
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021253249562000101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DE NTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 101911121211

13-Memória LINDANIR SOARES BRAGA 14-Teléfono 13/11/1974 15-Endereço LINDANIR SOARES BRAGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a 3N 7-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLÓGICA 18-Número no CRO 1673 19-UF MA 20-Código CBO S 10 21-Código de Operadora / CIP / CPF 22-Endereço do Contratado E. HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 23-Número no CRO 1673 24-UF MA 25-Código CNEI 26-Enviar - RX 27-Endereço no CRO 1673 28-UF MA 29-Código CBO S 30-Enviar - RX 31-Código CNEI 32-Enviar - RX 33-Enviar - RX 34-Enviar - RX 35-Enviar - RX 36-Enviar - RX 37-Enviar - RX 38-Enviar - RX 39-Enviar - RX 40-Enviar - RX 41-Enviar - RX 42-Enviar - RX

Plano de Tratamento / Procedimentos S. Acionados

30-Indicador	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Serço Regido	34-Indicador	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia	39-Participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão	42-Resumo
1-0	0	820000	816										
2-0	0	810000	421										
3-0	0	851000	196										
4-0	0	851000	226										
5-0	0	851000	196										
6-0	0	810000	421										
7-0	0	810000	421										
8-0	0	810000	421										
9-0	0	810000	421										
10-0	0	810000	421										
11-0	0	810000	421										
12-0	0	810000	421										
13-0	0	810000	421										
14-0	0	810000	421										
15-0	0	810000	421										
16-0	0	810000	421										
17-0	0	810000	421										
18-0	0	810000	421										
19-0	0	810000	421										
20-0	0	810000	421										
21-0	0	810000	421										
22-0	0	810000	421										
23-0	0	810000	421										
24-0	0	810000	421										
25-0	0	810000	421										
26-0	0	810000	421										
27-0	0	810000	421										
28-0	0	810000	421										
29-0	0	810000	421										
30-0	0	810000	421										
31-0	0	810000	421										
32-0	0	810000	421										
33-0	0	810000	421										
34-0	0	810000	421										
35-0	0	810000	421										
36-0	0	810000	421										
37-0	0	810000	421										
38-0	0	810000	421										
39-0	0	810000	421										
40-0	0	810000	421										
41-0	0	810000	421										
42-0	0	810000	421										
43-0	0	810000	421										
44-0	0	810000	421										
45-0	0	810000	421										
46-0	0	810000	421										
47-0	0	810000	421										
48-0	0	810000	421										
49-0	0	810000	421										

43-Data: local e A. assinatura do Cirurgião Dentista S. acionante 51-Data: local e A. assinatura do Cirurgião Dentista 52-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 53-Data: local e C. número da empresa 54-Data: local e A. assinatura do Cirurgião Dentista 55-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 56-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 57-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 58-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 59-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 60-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 61-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 62-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 63-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 64-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 65-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 66-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 67-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 68-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 69-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 70-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 71-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 72-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 73-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 74-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 75-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 76-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 77-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 78-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 79-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 80-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 81-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 82-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 83-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 84-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 85-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 86-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 87-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 88-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 89-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 90-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 91-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 92-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 93-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 94-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 95-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 96-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 97-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 98-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 99-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 100-Data: local e A. assinatura do Beneficiário

50-Data: local e A. assinatura do Cirurgião Dentista S. acionante 51-Data: local e A. assinatura do Cirurgião Dentista 52-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 53-Data: local e C. número da empresa 54-Data: local e A. assinatura do Cirurgião Dentista 55-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 56-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 57-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 58-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 59-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 60-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 61-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 62-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 63-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 64-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 65-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 66-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 67-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 68-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 69-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 70-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 71-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 72-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 73-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 74-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 75-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 76-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 77-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 78-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 79-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 80-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 81-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 82-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 83-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 84-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 85-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 86-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 87-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 88-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 89-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 90-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 91-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 92-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 93-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 94-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 95-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 96-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 97-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 98-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 99-Data: local e A. assinatura do Beneficiário 100-Data: local e A. assinatura do Beneficiário

Dra Helena Sucupira
Cirurgião - Dentista
CRO/MA 1873