

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 11/21/03/20
4-Data de Autorização 16/03/20
5-Semina AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7478655
7-Data Validade da Semina 10/06/20

8-Número de Carteira 00202509784001033011
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLAUDETH FREITAS DA COSTA
09/06/1989
14-Telefone
15-Nome do Titular do plano CLAUDETH FREITAS DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Alteramento e RN N
17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLÓGICA
18-Número no CRO 1673
19-UF MA
20-Código CBO S 10
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
26-UF MA
27-Número no CRO 1673
28-UF MA
29-Código CBO S
30-Valor 025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS
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 Glosa	Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	V	1	61,00	0,00			18/03/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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 Quantidade US 61,00
47-Valor Total R\$ 0,00
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) descrito(s) acima, e por mim assistido(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 de Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, Local e Assinatura de Beneficiário Responsável
53-Data, Local e Carimbo da Empresa
54-Data, Local e Assinatura de Beneficiário Responsável

Dr(a) Helena Sucupira
Cirurgiã - Dentista
CRO/MA 1673