



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/11/09/12/01	4-Data de Autorização 12/11/09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7894320	7-Data Validade da Senha 12/11/12/12/01
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

381038
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1002025317691000100101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome INEZ CRISTINA COSTA MOTA	15/11/1968	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano INEZ CRISTINA COSTA MOTA
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 1673	19-UF MA	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100226 (1) 85100218
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 1673	24-UF MA	25-Código CNES	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17631612418387111	22-Nome do Contratado 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-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	85100226	12	MVP	1	12	12,00			12/11/09/12/01		X
2-0	0	85100218	46	ODV	1	12	12,00			12/11/09/12/01		X
3-1												
4-1												
5-1												
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 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,11
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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(foram) 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-Obra vazada
 - Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/09/11/20 Helena Suciupira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09/11/20 Helena Suciupira	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 12/11/09/11/20 Inez Cristina Costa Mota	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/09/11/20	54-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/09/11/20
--	--	--	---	---

Dra Helena Suciupira
 Cirurgiã - Dentista
 CRO/MA 1673