



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 01/20 4-Data de Autorização 12/3/11 01/20 15-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50201225 7-Data Validade da Senha 12/1/01 11/21

8-Número da Carteira 00379914060378244 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALIVIDA COMAER 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 709609638665779

13-Nome CAIO LUCIO MONTEIRO SALES 09/06/1967 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CAIO LUCIO MONTEIRO SALES

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON 18-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (UF) 5015-111

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON 23-Número no CRO 32105 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON 27-Número no CRO 32105 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-10	0182000816	EXODONTIA A RETALHO	36		1	73,00	0,00		5			
2-10	015015	EXODONTIA SIMPLES DE	\$1		1	75,00	0,00		5			
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 Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-1-geral/2-emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(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-Consideração 50-Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/11 01/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/11 01/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa