


 1-Registro ANS
406414

 2-Nº
Dados do Beneficiário

 3-Nº
0 0 0 3 7 0 0 0 0 0 0 2 3 0 4 6 8 3 2 1 1 1

 4-Data de Emissão da Guia
0 0 8 1 0 7 1 2 0

 5-Sembla
0 0 8 1 0 7 1 2 0

 6-Número da Guia Principal
50175261

 7-Data Validade da Sembla
0 0 6 1 1 0 1 2 0

 8-Número da Carteira
0 0 0 3 7 0 0 0 0 0 0 2 3 0 4 6 8 3 2 1 1 1

 9-Promoção
POS REDE PRESTADORA

 10-Empresa
QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

 11-Data Validade da Carteira
0 0 6 1 1 0 1 2 0

 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
706304767364478

 13-Nome
HENRIQUE DA COSTA MATTOS

 14-Endereço
14/11/2008

 15-Nome do Titular do plano
HENRIQUE DA COSTA MATTOS

 16-Autenticação a RN
N

 17-Nome do Profissional Solicitante
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

 18-Número no CRO
24440

 19-UF
RJ

 20-Código CBO-S
801 -

 21-Código na Operadora / CNPJ / CEP
0 0 0 5 9 6 2 8 8 7 1 9 1 1 1

 22-Nome do Contratado Executante
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

 23-Número no CRO
24440

 24-UF
RJ

 25-Código CNES
08/04/2009

 26-Nome do Profissional Executante
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

 27-Número no CRO
24440

 28-UF
RJ

 29-Código CBO-S
801 -

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

 16-Autenticação a RN
N

 17-Nome do Profissional Solicitante
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

 18-Número no CRO
24440

 19-UF
RJ

 20-Código CBO-S
801 -

 21-Código na Operadora / CNPJ / CEP
0 0 0 5 9 6 2 8 8 7 1 9 1 1 1

 22-Nome do Contratado Executante
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

 23-Número no CRO
24440

 24-UF
RJ

 25-Código CNES
08/04/2009

 26-Nome do Profissional Executante
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

 27-Número no CRO
24440

 28-UF
RJ

 29-Código CBO-S
801 -

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

 31-Código do Procedimento
32-Descrção

 33-Demar/Região
34-Face

 35-Ord
36-Qtd/Unidade US

 37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$

 39-Aut
40-Data de Realização

 41-Motivo da Glosa/Assinatura
42-Assinatura

 43-Data de Emissão do Tratamento
44-Tipo de Alimentação

 45-Tipo de Faturamento
46-Tot Quantidade US

 47-Valor Total R\$
48-Tot Franquia/Co-participação R\$

 49-Observação
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
08/07/2009
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
08/07/2009
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/07/2009
53-Data, local e Assinatura da Empresa
08/07/2009

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 a ficar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que os(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-Observação

Paciente Especial