



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012		4-Data de Autorização 11/01/2012		5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 398120		7-Data Validação da Sentença 11/01/2012		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702804145384060										
Dados do Beneficiário																						
8-Número da Carteira 000373195100331000		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validação da Carteira 11/01/2012		15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO AMARO		12-Data Validação do Cartão Nacional de Saúde												
Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento																						
13-Nome PAULO ROBERTO AMARO		14-Telefone () -		18-Número no CRO 30438		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -														
16-Endereço a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		23-Número no CRO 30438		24-UF RJ		25-Código CNEC Enviar - RX (1) 85200085-46														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 091224371736		22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		27-Número no CRO 30438		28-UF RJ		29-Código CBO S														
26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO																						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																						
30-1-Tabela 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Cód		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Gênes 42-Assinatura		
1-008100057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE						1		34,00		0,00						16/10/2012				
2-008520085		REST TEMP TRAT EXPECTANTE		46				1		50,00		0,00										
3-																						
4-																						
5-																						
6-																						
7-																						
8-																						
9-																						
10-																						
11-																						
12-																						
13-																						
14-																						
15-																						
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2012		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 84,00		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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(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 BOMAS DE ASSURANCE - TEMPO DE TRATAMENTO - ASSURANCE - INVESTIGAR																						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (R.O.R. - Dentista) 11/01/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/2012		53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2012																