



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/07/2017	4-Dia de Autorização 11/07/2017	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 335565	7-Dia Validade da Sentença 10/05/2018
--------------------------	--	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0037000022270585	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Dia Validade da Carteira 11/07/2017	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 702809619261562
--	--------------------------------	---	---	--

13-Nome
TANIA REGINA PEREIRA DA COSTA

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MANOEL JESUS DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	18-Número no CRCO 30438	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRCO 30438	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218
--	--	----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número no CRCO 30438	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0008100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	1	31400				07/07/2017		
2-00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA		13	VDM	1	12200				07/07/2017		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto 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 Quantitativo US 115600	47-Valor Total R\$ 1000	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 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

fratura da restauração e restauração de mesma temporária

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CRO RJ 0043	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável CRO RJ 0043	53-Dia, local e Carimbo da Empresa CRO RJ 0043
--	---	---	---