



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/14/10 17/12/10	4-Data de Autorização 12/13/10 17/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7705525	7-Data Validade da Sentença 11/12/11 10/12/10
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira	0002025102203000711801
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	QUALICORP ADMINISTRADORA DE
11-Última Validade da Carteira	1/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	RENATA EMERENCIANO	06/11/1981	14-Telefone	() - - - - -	15-Nome do titular do plano	RENATA EMERENCIANO
---------	--------------------	------------	-------------	---------------	-----------------------------	--------------------

16-Mendicamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CHO S	025 -
N	RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	16213	RJ		-

21-Código na Operadora / PNUJ / CPF	8 9 1 9 6 2 9 8 2 7 1 5
22-Nome do Contribuinte Exercente	RENATA PINTO SARDENBERG COSTA
23-Número no CRO	16213
24-UF	RJ
25-Código CNES	
Faturar Empresa	
Enviar - RX	
(UF: 85407293-22	

26- Nome do Profissional Exercentista	27- Número do CRO	28- UF	29- Código CBO S
RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	16213	RJ	

[illegible][illegible][illegible]

7.	8.
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

[illegible][illegible]

28/10/2020	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	306,00	10,00	1,00
------------	---	--	--------	-------	------

B-Operação	contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fulfiram 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.
------------	---

[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Chirurgião-Dentista Paciente	28/10/2020	Alcides
51-Data, local e Assinatura do Chirurgião-Dentista	28/10/2020	Alcides
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	28/10/2020	Responsável
53-Data, local e Carimbo da Empresa	28/10/2020	