



325565

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2010	4-Data de Autorização 17/10/2010	5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 50166649	7-Data Validade da Senha 15/10/2010		
8-Número da Carteira 0103799194016014918149111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome JACQUELINE COUTO OLIVEIRA CUNH	14-Telefone (11) 37194	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 8980000084589665	15-Nome do Titular do plenário ARTUR FELIPE CUNHA DA SILVA

Dados do Consultado Responsável pelo Tratamento

16-Aendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO
21-Código na Operadora / CNP/ CPF 11162901216719111	22-Nome do Consultado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	27-Número no CRO 37194
	28-UF RJ
	29-Código CEO S 37194

 801 -
Faturar Empresa

BERNARDO CAMPOS MACHADO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Plataforma	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qua	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0101810000651	CONSULTA ODONTOLOGICA				1	147,00	10,00	10,00		15/10/2010	<i>AT</i>
2-010185301001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,80	0,00	0,00	1,00		15/10/2010	<i>AT</i>
3-010185301001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,80	0,00	0,00	1,00		15/10/2010	<i>AT</i>
4-010185301001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,80	0,00	0,00	1,00		15/10/2010	<i>AT</i>
5-010185301001471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,80	0,00	0,00	1,00		15/10/2010	<i>AT</i>
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão 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 Quantidade US

119,910,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

10,00

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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 ficar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(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