



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/2016	4-Data de Autorização 11/17/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166649	7-Data Validade da Senha 11/15/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1003799940601491849	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898000084589665
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome

JACQUELINE COUTO OLIVEIRA CUNH	25/03/1983	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ARTUR FELIPE CUNHA DA SILVA
--------------------------------	------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11161290267119	22-Nome do Contratado Exequante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Exequante BERNARDO CAMPOS MACHADO	27-Número no CRO 37194	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		147,00				18/06/2016		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00				18/06/2016		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00				18/06/2016		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00				18/06/2016		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		38,00				18/06/2016		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 119,90	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ler 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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---