



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 3 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 0 5 / 0 2 / 2 1	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8262243	7-Data Validade da Serha 0 4 / 0 5 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
8-Número da Carteira 0 0 / 2 0 / 2 5 / 0 9 / 7 8 / 4 0 / 0 1 / 8 9 / 0 8 / 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome RICARDO DE ANDRADE	12/04/1988	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RICARDO DE ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Contratado Executante	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	18-Número no CRO 114476	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 / 2 0 / 4 4 / 2 2 / 8 8 / 6 6 /	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	23-Número no CRO 114476	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	27-Número no CRO 114476		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0-0	8-5-1-0-0-2-0-0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8 8 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	0 5 / 0 2 / 2 1	X
2-0-0	8-1-0-0-0-6-5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	0 5 / 0 2 / 2 1	S
3-0-0											
4-0-0											
5-0-0											
6-0-0											
7-0-0											
8-0-0											
9-0-0											
10-0-0											
11-0-0											
12-0-0											
13-0-0											
14-0-0											
15-0-0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 0 5 / 0 2 / 2 1	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1 2 2 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	48-Total Fratura / Co-participação R\$ 0 0 0 0 0 0
---	--	--	-------------------------------------	-----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 0 5 / 0 2 / 2 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 5 / 0 2 / 2 1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 0 5 / 0 2 / 2 1	53-Data, local e Assinatura da Empresa 0 5 / 0 2 / 2 1
---------------	--	--	--	---

Dra. Patricia F. Ferrantin
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 114476