



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 4-Data de Autorização 12/10/07 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7718250 7-Data Validade da Senha 11/01/07 8-Número da Guia 11/01/07

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210251022030005913011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 11/01/07 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

KATIA SIMONE DE JESUS DOS REIS 14/10/1972 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano KATIA SIMONE DE JESUS DOS REIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 18-Número no CRO 27455 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 23-Número no CRO 27455 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 27-Número no CRO 27455 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				11/01/07		
2-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00				11/07/00		
3-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00				11/07/00		
4-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00				11/07/00		
5-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00				11/07/00		
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme forma 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, também, com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 12/01/07 51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Contratado 12/10/07 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/07 53-Data, local e Carimbo da Empresa