

Protocolo: 30448420190424313923

Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

48-4

Nome do Beneficiário

Número da Carteira
511177700001301

9 - Plano
DENTAL UNI CE I SUPERIOR

10 - Empresa
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A

11 - Validade da Carteira

12 - Cartão Nacional de Saúde

Nome

NESSA LAGE BELLAZZI DE PELLE

14 - Telefone

15 - Nome do titular do plano
Vanessa Lage Bellazzi De Pelle

16 - Atendimento a RN

Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento

Nome do Profissional Solicitante

Nome do Contratado Executante

Código da Operadora

22 - Nome do Contratado Executante
YONE VALE DE MENEZES ZATTI

Nome do Profissional Executante
NE VALE DE MENEZES ZATTI

Nome de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos executados

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtd.	36 - Qtd. US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut.	40 - Cod. Negativa	41 - Data da Realização	42 - Assinatura
5	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL			1				N	*1601		
5	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1				N	*1601		
5	85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	28	OD	1				N	*1601		
5	85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	27	OD	1	157	28,26		S			

Data de Término do Tratamento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Faturamento

46 - Total Quantidade US

47 - Valor Total (R\$)

48 - Valor Total Franquia (R\$)

claro, 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 de 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, a fissional contratado que assina esse documento os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

- Observação / Justificativa

Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

24.04.2019

Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável

24.04.2019

51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista

24.04.2019

56 - Data do carimbo da empresa

53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

24.04.2019

030719-070719

Nº do Protocolo: 30448420180724992568

GTOI 2439956



1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

30448-4

24/07/2018

3551437

21/11/2018

2439956

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
20251177700001301

9 - Plano
DENTAL UNI CE I SUPERIOR

10 - Empresa
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A

11 - Validade da Carteira

12 - Cartão Nacional de Saúde

13 - Nome

VANESSA LAGE BELLAZZI DE PELLE

14 - Telefone

15 - Nome do titular do plano
Vanessa Lage Bellazzi De Pelle

16 - Atendimento a RN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante

YONE VALE DE MENEZES ZATTI

21 - Código da Operadora

22 - Nome do Contratado Executante
YONE VALE DE MENEZES ZATTI

26 - Nome do Profissional Executante

YONE VALE DE MENEZES ZATTI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos executados

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtd.	36 - Qtd. US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut.	40 - Cod. Negativa	41 - Data da Realização	42 - Assinatura
1	5	85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	28	MO	1	157	25,12	S		24.07.2018	
2	5	85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	18	MO	1	157	25,12	S		24.07.2018	
3	5	85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	15	OD	1	157	25,12	S		24.07.2018	

43 - Data de Término do Tratamento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Faturamento

46 - Total Quantidade US

47 - Valor Total (R\$)

48 - Valor Total Franquia (R\$)

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 deo profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

24.07.2018

51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Yone de Menezes Zatti

54 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável

24.07.2018

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Yone de Menezes Zatti

52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista

24.07.2018

53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

Yone de Menezes Zatti

56 - Data do cartão da empresa

011018-041018