



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/17/12/0	4-Data de Autorização 12/13/10/17/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7724139	7-Data Validade da Senha 12/10/11/10/12/0
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510220300221301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADONIRAM ALPAES MEDEIROS				14-Telefone (1211) 19979-09856	15-Nome do titular do plano ADONIRAM ALPAES MEDEIROS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA		18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782		22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA		23-Número no CRO 19769		24-UF RJ	25-Código CNES		Enviar - RX (1) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA				27-Número no CRO 19769		28-UF RJ	29-Código CBO S			

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			23/10/17		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 12 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/17/12/10 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/17/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Adoniram Alpaes Medeiros

com trazer o pedido