



1-Registro ANS 406414	3-Mês de Emissão da Guia 11/3/11 10/12/10	4-Data de Autorização 12/6/11 10/12/10	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956475	7-Data Vencível da Semina 11/11/01 1/2/11
--------------------------	--	---	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número de Carteira	00020251002203000711801
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	QUALICORP ADMINISTRADORA DE
11-Dia da Validade da Carteira	1/1/1
12-Número do Cartão N	

13-Nome	RENATA EMERENCIANO	06/11/1981
14-Telefone	() () () () () () () () () () () () () () ()	
15-Nome do titular do plano	RENATA EMERENCIANO	

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRC	19-UF	20-Código CBO S	025
---------------------	-------------------------------------	------------------	-------	-----------------	-----

16-NºInscrição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	18-Número no CRO 16213	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Fatuar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [8][9][9][6][2][9][8][2][7][1][5][][][][][]	22-Nome do Contratado Empregante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	23-Número no CRO 16213	24-UF RJ	25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Código CBO S
RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	16213	RJ

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Ítabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	11		1	4,72,00	0,00		S	15/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Término do Tratamento
15/12/20

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
4,72,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	15/11/2015	[Assinatura]
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	15/11/2015	[Assinatura]
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	15/11/2015	[Assinatura]
53-Data, local e Carimbo da Empresa	11/11/11	[Carimbo]