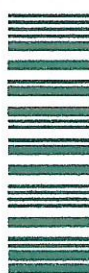


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1- Registro ANS 408414 3- Data de Emissão da Guia 12/05/2019 4- Data de Autorização 12/05/2019 5- Semia AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 50194441 7- Data Validade da Semia 12/04/2020 383323 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 1003700000046195081 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 708601529076766

13- Nome

JOAQUIM RODOLVALHO KNUTH MACHAD 28/03/1961 14- Telefone 15- Nome do titular do plano JOAQUIM RODOLVALHO KNUTH MACHAD

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RV 17- Nome do Profissional Solicitante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES 18- Número no CRO 35020 19- UF RJ 20- Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 0914351231709 22- Nome do Contratado Exatante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES 23- Número no CRO 35020 24- UF RJ 25- Código CNES 26- Código CBO S 27- Número no CRO 35020 28- UF RJ 29- Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX 30- Aut 40- Data da Realização 41- Motivo da Glosa 42- Assinatura

BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES

Plano de Tratamento / Procedimentos Odontológicos

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fica	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	2 2 0 0	0 0 0	1	02/11/20		
2-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	13	1	1	2 2 0 0	0 0 0	1	02/11/20		
3-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	14	1	1	2 2 0 0	0 0 0	1	02/11/20		
4-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	1	1	2 2 0 0	0 0 0	1	02/11/20		
5-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	22	1	1	2 2 0 0	0 0 0	1	02/11/20		
6-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	23	1	1	2 2 0 0	0 0 0	1	02/11/20		
7-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3 4 0 0	0 0 0	1	09/10/20		
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6 0 0	0 0 0	1	09/10/20		
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6 0 0	0 0 0	1	09/10/20		
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6 0 0	0 0 0	1	09/10/20		
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 6 0 0	0 0 0	1	09/10/20		
12												
13												
14												
15												
43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo do Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$							
	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcela	9 1 0 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(s) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

02/11/20

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

02/11/20

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

02/11/20

53- Data, local e Corrente da Empresa

02/11/20

Dr. Bruno Salles
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 35020