



1-Região ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 12/01/07 3-Dia de Autorização 12/01/07 4-Série AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50177513 6-Dia Validade da Guia 18/11/07 7-Dia Validade da Série 10/12/07 8-Número do Cartão Nacional de Saúde 702606724821644

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000022296576 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Data Validade da Carteira 12/01/07 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702606724821644

13-Nome RAFAELLA CAROLINE SAMPAIO FIGU 26/12/1996 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CHARLES EDUARDO FERREIRA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL ALEGRE 18-Número no CRO 35965 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 711125035234 22-Nome do Contratado Executante RAQUEL ALEGRE 23-Número no CRO 35965 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RAQUEL ALEGRE 27-Número no CRO 35965 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Atividade	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-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			12/08/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			12/08/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			12/08/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			12/08/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			12/08/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odonológico 2-Exame Radiológico 3-Cronoterapia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/07 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/07 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/07 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

Dr. Roguel A. Beldino
Odontólogo Especialista
CRO RJ 33965