



1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 06/07/2011
4-Data de Autorização 14/07/2011
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7685327
7-Data Validade da Senha 04/10/2012

334812
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025117770001801
9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIO OUVERNEY COSTA

14-Teléfono ()

15-Nome do titular do plano FABIO OUVERNEY COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N
17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

18-Número no CRO 45407

19-UF RJ

20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09035882776
22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

23-Número no CRO 45407

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

27-Número no CRO 45407

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			15/07/2011		Fabio
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 34,00

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 no 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 15/07/2011 Fabiano Mendonça de Sá

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/2011 Fabiano Mendonça de Sá

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/2011 Fabio Costa

53-Data, local e Cartão da Empresa 15/07/2011

Jully Anne Mendonça da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO 45407