



768030
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/21	4-Data de Autorização 05/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9252817	7-Data Validação da Senha 02/02/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510220300176801		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARIA LUIZA ALBUQUERQUE NEIVA	
13-Nome MARIA LUIZA ALBUQUERQUE NEIVA		06/05/1984			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 25337 44206	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO-X Anna Carolina G. Rocha	23-Número no CRO 25337 1220	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04241600727		22-Nome do Contratado Executante PABLO FERNANDES		(I) 81000375-RPE (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante PABLO FERNANDES		27-Número no CRO 25337	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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	3354		S	05/11/21		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	602		S	05/11/21		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	602		S	05/11/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 4558	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/21 Pablo Lourenço Fernandes Mestre Radiólogo CRO-RJ 25337	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/21 Maria Luiza Albuquerque Neiva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/21 ORTO-X ODONTOLOGIA LTDA Rua Soares da Costa, 135 - Térreo Lapa - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20820-100
---------------	--	---	--