



462307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414		3-Data de Emissão da Guia 26/10/12		4-Data de Autorização 26/10/12		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8234862		7-Data Validade da Senha 26/10/12	
8-Dados do Beneficiário											
9-Número da Carteira 00202510220300307101				10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		12-Cota Validade da Carteira / /		13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Nome RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA						15-Data de Nascimento 08/01/1963		16-Telefone () - - - - -			
17-Nome do titular do plano RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA											
18-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
19-Atendimento a RN N		20-Nome do Profissional Solicitante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF				21-Número no CRD 19521		22-UF RJ		23-Código CBO S 025 -	
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00731194748		25-Nome do Contratado Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF				26-Número no CRD 19521		27-UF RJ		28-Código CNES Enviar - RX 01000215 01000421-RIS	
29-Nome do Profissional Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF											
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Fluxo	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo da Glosa
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DPI	1	122,00	0,00		S	20/10/12	
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	20/10/12	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento / /		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 136,00		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(ram) 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											
50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 20/10/12				51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 20/10/12				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/12			
53-Data, local e Carimbo da Empresa											