



2-Nº

350633
INTERCAMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181324	7-Data Validade da Senha 02/11/20
8-Número da Carteira 1010370100030769097					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa QUALIVIDA COMAER					
11-Data Validade da Carteira 705607473753312					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome MARGARETE PASSOS FRANCO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano MARGARETE PASSOS FRANCO					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO CRISTAL DENTISTAS					
18-Número no CRO 37362 RJ					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 06					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 081183611745					
22-Nome do Contratado Executante ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA					
23-Número no CRO 37362 RJ					
24-UF RJ					
25-Código CNES Enviar - RX					
26-Nome do Profissional Executante ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA					
27-Número no CRO 37362 RJ					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentier/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs 42-Assinatura
1-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	38,00	0,00	0,00	21	08	20
2-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	38,00	0,00	0,00	21	08	20
3-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	38,00	0,00	0,00	21	08	20
4-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	38,00	0,00	0,00	21	08	20
5-0	0	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	VDL	1	143,00	0,00	0,00	21	08	20
6-0	0										
7-0	0										
8-0	0										
9-0	0										
10-0	0										
11-0	0										
12-0	0										
13-0	0										
14-0	0										
15-0	0										

43-Data Revisão, Término do Tratamento
21/08/20

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1 Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
12195,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação
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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/08/20
---	---	---	---