



451540
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2011/21	4-Data de Autorização 13/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8186174	7-Data Validade da Senha 11/2011/21
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202511177700001803		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FERNANDO LAMBLET COSTA	14-Telefone 13/04/1956	15-Nome do titular do plano FABIO OUVENEY COSTA
-----------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA DENTARIA ISABEL W. DAMASCENO LTDA	18-Número no CRO 5495	19-UF RJ	20-Código CBO S 05	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27778266768	22-Nome do Contratado Executante ISABEL WANDERLENE MEDEIROS BATISTA	23-Número no CRO 5495	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ISABEL WANDERLENE MEDEIROS BATISTA DAMASCENO		27-Número no CRO 5495	28-UF RJ	29-Código CBO S	(1) 85100218 (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	14/01/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	14/01/21		
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	VOD	1	122,00	0,00		S	14/01/21		
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	VOD	1	122,00	0,00		S	14/01/21		
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VO	1	88,00	0,00		S	14/01/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 454,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/01/21 Isabel W. M. B. Damasceno	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 14/01/21 Isabel W. M. B. Damasceno	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21 Fernando Lamblet Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------

Isabel W. M. B. Damasceno
CRO-RJ 5495

126,70