



473056
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (09/02/21)	6-Data de Autorização (09/02/21)	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8282270	7-Data Validade da Senha (10/05/21)
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira (00202510220300307101)	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF	18-Número no CRO 19521	19-UF RJ	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (00731194748)	22-Nome do Contratado Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF	23-Número no CRO 19521	24-UF RJ	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		27-Número no CRO 19521	28-UF RJ	29-Código CEO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centes/Raço	34-Faca * 35-Ost	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	61,00	0,00		16/03/21		
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-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, 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 Grupo Dentista Solicitante 16/03/21	51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista 16/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/03/21
---	---	---	---

RECEBIMOS DA EMPRESA QUALICORP ADMINISTRADORA DE SAÚDE, em 16/03/21, o valor de R\$ 0,00 referente ao tratamento realizado pelo Dr. Bruno de Melo Barreto Koenigsdorf, conforme contrato nº 473056/INTERCÂMBIO.