

459283
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/1)/(0/1)/(2/1)	4-Data de Autorização (2/8)/(0/1)/(2/1)	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8218641	7-Data Validade da Senha (2/1)/(0/4)/(2/1)
8-Número da Carteira 00202510220300180701					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome PEDRO PAULO TAVARES COSTA			
14-Telefone (21) 2458.6924		15-Data Validade da Carteira / /			
16-Nome do titular do plano PEDRO PAULO TAVARES COSTA					
17-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RM N		19-Nome do Profissional Solicitante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa	
21-Código no Operadora / CNPJ / CNP 00731194748		22-Nome do Contratado Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		23-Número no CRO 19521	
24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ	
27-Nome do Profissional Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		28-Número no CRO 19521		29-Código CBO 8	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Fase	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/01/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/01/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/01/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			28/01/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/01/2012		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 28/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	---	--	---

CENTRO DE SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS
1682
DENT LIDA