



459316
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia [2][1]/[0][1]/[2][1]	5-Data de Autorização [2][1]/[0][1]/[2][1]	6-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8218702	7-Data Validade da Guia [2][1]/[0][1]/[2][1]
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][1][0][2][2][0][3][0][0][3][0][7][1][0][1]		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA		14-Data de Nascimento 06/01/1963	14-Telefone []-[]-[]-[]-[]-[]	15-Nome do titular do plano RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		18-Número no CRD 19521	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF [0][0][7][3][1][1][9][4][7][4][8]		22-Nome do Contratado Específico BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF	23-Número no CRD 19521	24-UF RJ	25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Existente BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		27-Número no CRD 19521	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	[]	1	3,6,0,0	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	[]	1	3,6,0,0	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	[]	1	3,6,0,0	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	[]	1	3,6,0,0	[]	[]	[]	[]	[]	[]
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 [] 1,4,4,0,0	47-Valor Total R\$ [] 0,0,0	48-Total Franchise / Co-participação R\$ []
---	--	---	---	---------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e benefícios do 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(m) 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 no contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista Solucionar	51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa