



545008
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/05/21	4-Data de Autorização 12/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8564027	7-Data Validade da Senha 05/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510220300421502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MIGUEL PERDOMO PEREIRA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIO CEZAR DE OLIVEIRA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	18-Número no CRO 31708	19-UF RJ	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05640092700	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	23-Número no CRO 31708	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		27-Número no CRO 31708	28-UF RJ	29-Código CBO 8	

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.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			10/05/21		
2.	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	5,10	0,00			20/05/21		
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão 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 98,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/05/21 Mariana Guimarães dos Santos Martins RJ 31708	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/05/21 Julio Cesar de Oliveira Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Odontolife

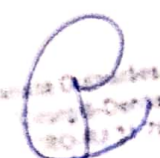
Atividade: Produção (Orçário Dentista)

Período de Competência: JUNHO/2021

CRO: 01708642

Orçário Dentista (TESTE) - VENTURA OLIVEIRA S DOS SANTOS MARTINS

Operações de Atendimento		DE - DENTAL (R\$)		USOx Atos	Vlr USO Comp.	Total
Data	Nome	Vale Pago	Or. Data			
04/06/21	MICHAEL PEREIRA MACIEL REZENDE DA VE [RESENDE MACIEL REZENDE DA VE]		07/06/2021	08	0.1	R\$ 29,40
Totalizador por Operações						
				Nº de USOx		08
				Nº de atendimentos		1
				Valor		R\$ 29,40
Totalizador						
				Nº de USOx		08
				Nº de atendimentos		1
				Valor		R\$ 29,40


 Ventura Oliveira S. dos Santos Martins
 CRO RJ 01708642

IMPORTANTE: Este relatório contém dados brutos. Os valores serão alterados devido à aplicação de impostos, gratificações, taxas e ajustes necessários.

Legend: I - Interconsulta E - Encaminhado P - Passou procedimentos laboratoriais para a empresa A - Conclusão pela App