



452834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/21	4-Data de Autorização 14/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191592	7-Data Validade da Senha 13/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202511178100009401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Telefone () -	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano RENATO ANTUNES BORBA	
13-Nome RENATO ANTUNES BORBA		17/08/1978			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 12547		19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 05611359167	22-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	23-Número no CRO 12547	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA		27-Número no CRO 12547	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			19/01/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			19/01/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			19/01/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			19/01/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Emissão Termo de Tratamento 19/01/21	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 144,00	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(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	
Dra. Isadora Barreira da Rocha Cirurgiã Dentista	
Dra. Isadora Barreira da Rocha Cirurgiã Dentista	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21
---	---	---	---