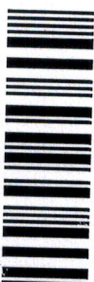


2-N₂

492477
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/5/103/12/1

4-Dado de Autorização
113/103/12/1

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8361340

7-Data Validade da Sentença
10/3/106/12/1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002022510220300300201

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FABIO ANDRE IGNACIO DE A TORRES

10-Empresa
QUALICORP ADMINISTRADORA DE

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
FABIO ANDRE IGNACIO DE A TORRES

16-Alteramento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

18-Número no CRO
20497

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10201577101769

22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

23-Número no CRO
20497

24-UF
RJ

25-Código ONES

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

27-Número no CRO
20497

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-DenteRegião

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-FranquiaCo-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

1-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	S	13/03/21	Suficiente
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	S	13/03/21	Suficiente
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	S	13/03/21	Suficiente
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	S	13/03/21	Suficiente
5-								
6-								
7-								
8-								
9-								
10-								
11-								
12-								
13-								
14-								
15-								

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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

5 - Data: local e Assinatura do Conselho-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/11/2014 *Edna Fátima Pereira*

29.11.2015

53-Dia, local e Caimbo

10/11/2014

[illegible]