



447894
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/01/21	4-Data de Autorização 07/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8173226	7-Data Validade da Senha 05/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511177700001803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FERNANDO LAMBLET COSTA		14-Telefone 13/04/1956	15-Nome do titular do plano FABIO OUVENEY COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA DENTARIA ISABEL W. DAMASCENO LTDA	18-Número no CRO 5495	19-UF RJ	20-Código CBO S 05	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2777826768	22-Nome do Contratado Executante ISABEL WANDERLENE MEDEIROS BATISTA	23-Número no CRO 5495	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ISABEL WANDERLENE MEDEIROS BATISTA DAMASCENO		27-Número no CRO 5495	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	07/01/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00		S	07/01/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	07/01/21		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	07/01/21		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00		S	07/01/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 305,00	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 07/01/21 Isabel W. B. Damasceno	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/21 Isabel W. B. Damasceno	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/01/21 Fernando	53-Data, local e Carimbo da Empresa

Isabel W. B. Damasceno
CRO-RJ 5495