



449027
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/10 4-Data de Autorização 10/08/10 5-Senha Autorizado 8177236 6-Número da Guia Principal 8177236 7-Data Validade da Senha 10/07/10 8-Data Validade da Guia 10/07/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025102201030040611011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome EDINA FERREIRA LUZ 14-Telefone (1211) 31620132108 15-Nome do titular do plano EDINA FERREIRA LUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CIRIOD 18-Número no CRO 16864 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 957944337817 22-Nome do Contratado Executante SANDRA HELENA MARTINS BASTOS 23-Número no CRO 16864 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante SANDRA HELENA MARTINS BASTOS 27-Número no CRO 16864 28-UF RJ 29-Código CBO S

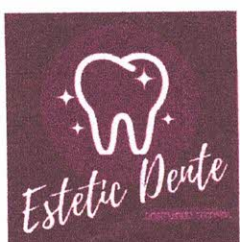
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa	42-Assinatura
1-00081000294		LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00			08/02/12		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prevista 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\$							
08/10/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	222,00	0,00								

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 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 08/10/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/12 53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/02/12



Requisição de Documentação

Paciente: Edina Ferreira Luz.

Solicito radiografia panorâmica para avaliação de suporte ósseo e Periapical completa para avaliação de cáries interproximal, avaliação periodontal e avaliação endodôntica.

Enviar para o e-mail: esteticdenteicarai@gmail.com

Dra. Gislene S. Macedo
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 46848

8/01/2021

Dra. Gislene Macedo

CRO/RJ 46848

Rua Gavião Peixoto, nº 124, sala 801, Icaraí – Niterói/RJ