



350956
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181452	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704007826890567	
13-Nome LUCIANA CHAVES FERRO				14-Telefone 09/10/1972		15-Nome do titular do plano LUCIANA CHAVES FERRO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 39704		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		23-Número no CRO 39704		24-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713		22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		27-Número no CRO 39704		28-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA				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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/09/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$ 10,00	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 23/09/20 Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 23/09/20 Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20 Luciana Chaves Ferro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--