



446922
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/01/21	4-Data de Autorização 05/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8170344	7-Data Validade da Guia 04/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510220300117602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATHALIA DA SILVA ANDRADE DUCTRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IGOR MANZO CARVALHO COUTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VICTOR CRUZ CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 45811	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (F) 85200158-37
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16029320777	22-Nome do Contratado Executante VICTOR CRUZ CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 45811	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VICTOR CRUZ CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 45811	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Causa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/01/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/01/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			13/01/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/01/21		
5	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00			29/01/21		
6	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00			13/01/21		
7	00852000158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	533,00	0,00			18/01/21		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 853,00	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 13/01/21 Victor Cruz	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/21 Victor Cruz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/21 Nathalia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/21
---	---	--	---

Parocho do Sino

Parocho do Sino

S. Andrade Ductra

Dr. Victor Carvalho
Cirurgião-Dentista
CRORJ 45811