



365962
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187616	7-Data Validade da Senha 26/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00370000000264558	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP SINDJUSTICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HELOISA HELENA DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HELOISA HELENA DE SOUZA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10397919727	22-Nome do Contratado/Responsável JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA	23-Número no CRO 43596	24-UF RJ	25-Código CNES () 85100218
26-Nome do Profissional Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		27-Número no CRO 43596	28-UF RJ	29-Código CBO S

Item 86 Tratamento / Procedimentos Substituídos

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fragil	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VMD	1	122,00	0,00		S	28/08/20		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Emissão Documento de Autorização 28/08/20	44-Tipo de Atendimento Tratamento Odontológico / Sistema Nucleoposto / Ortodontia / Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 no contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a (por mim autorizado(a)), 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 no contrato.

49-Observação

50-Data Emissão e Assinatura do Profissional Solicitante 28/08/20	51-Data Emissão e Assinatura do Profissional Contratado 28/08/20	52-Data Emissão e Assinatura do Profissional Contratado / Responsável 28/08/20	53-Data Emissão e Assinatura do Profissional Contratado / Responsável 28/08/20
--	---	---	---

Dr.ª Juliana Audi Von Haebling Lima Cirurgia Dentária CRO 43596	Dr.ª Juliana Audi Von Haebling Lima Cirurgia Dentária CRO 43596	Dr.ª Juliana Audi Von Haebling Lima Cirurgia Dentária CRO 43596	Dr.ª Juliana Audi Von Haebling Lima Cirurgia Dentária CRO 43596
---	---	---	---