



299315
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/20	4-Data de Autorização 12/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7470965	7-Data Validade da Senha 08/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510220300418901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano HENRIQUE TITO PEREIRA	
13-Nome HENRIQUE TITO PEREIRA		14-Data de Nascimento 14/05/1972			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 27723		19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA	23-Número no CRO 27723		24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09275672709		22-Nome do Contratado Executante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA			
26-Nome do Profissional Executante JULIANA CARDOSO PEREIRA BATISTA		27-Número no CRO 27723		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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	13,60		S	12/03/20		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	/ /		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	/ /		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	13,20		S	12/03/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	13,20		S	12/03/20		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	13,20		S	12/03/20		
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	13,20		S	12/03/20		
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 206,00	47-Valor Total R\$ 8240	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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/20	
---------------	--	---	--	---	--	---	--

MULTIDONTO ODONTOLÓGICA LTDA
CNPJ 10.897.169/0001-00
CRO-2984

Assinatura da Sra. Juliana Cardoso Pereira Batista
CRO-RJ: 28820