



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

382157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193953	7-Data Validade da Senha 22/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994062595676		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705008856193251
13-Nome JANAINA RENATA DE JESUS			14-Telefone 04/09/1975	15-Nome do titular do plano JANAINA RENATA DE JESUS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	18-Número no CRO 18211	19-UF MG	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634	22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	23-Número no CRO 18211	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES		27-Número no CRO 18211	28-UF MG	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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/10/20		Janaina
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			06/10/20		Janaina
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			06/10/20		Janaina
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			06/10/20		Janaina
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			06/10/20		Janaina
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/20	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 178,00	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

Alice de Lacerda Marques

Cirurgiã Dentista

CROMG 18211

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/20 Janaina Marques	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20 Janaina Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20 Janaina	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Renata de Jesus