



370078
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/20	4-Data de Autorização 04/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189350	7-Data Validade da Senha 03/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000023425604		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708001883215021
13-Nome TARCISIO BONIFACIO SIMOES PINT			14-Telefone 13/10/1997	15-Nome do titular do plano TARCISIO BONIFACIO SIMOES PINT	
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					

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-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/09/20	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 34,00	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, solicito e autorizo a execução do tratamento, para o qual comprometo-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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a empresa 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 04/09/20 Alice de Lacerda Marques	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/09/20 Alice de Lacerda Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20 Tarcísio Bonifácio Simões Pint	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------