



443757
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 28/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 443757	7-Data Validade da Senha 18/03/21
8-Número da Carteira 00202511178100003204		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA JULIA MACHADO CUNHA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GLADSTONE WALTER CUNHA JUNIOR	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RII
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	
30-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 de Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	28/12/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	28/12/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

3-Data Previsão Término do Tratamento 28/12/30	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/12/20
---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18381

ODONTODOC - RADIOLÓGICA E DOCUMENTAÇÃO
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
1264 - Sala 406
Bairro de Minas Gerais
CEP: 30.830-000
FONE: 30.830-000