



371162
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização 08/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189726	7-Data Validade da Senha 07/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708001883215021
8-Número da Carteira 00370000023425604					

13-Nome TARCISIO BONIFACIO SIMOES PINT	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TARCISIO BONIFACIO SIMOES PINT
13/10/1997		

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 Enviar - RX (1) 85100200
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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00		08/10/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00	0,00		08/10/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00	0,00		08/10/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00	0,00		08/10/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00		08/10/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00		08/10/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	0,00		08/10/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	0,00		08/10/20		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00		08/10/20		
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OM	1	88,00	0,00	0,00		08/10/20		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/20	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 637,00	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, 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(ram) realizado(s) com meu consentimento 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	Assinatura do Profissional Solicitante Alice de Lacerda Marques CROMG 18211
---------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------