



376363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2009	4-Data de Autorização 18/10/2009	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7875792	7-Data Validade da Senha 15/12/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

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 20/07/2007	15-Nome do titular do plano GLADSTONE WALTER CUNHA JUNIOR
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO B 09	414 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000405 (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
---	---	---------------------------	-------------	----------------	---

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO B
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	24/09/20		
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7,80	0,00		S	24/09/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	24/09/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	24/09/20		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	24/09/20		
6	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	24/09/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/09/20	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 148,00	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

50-Data, Local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 24/09/20	51-Data, Local e Assinatura do Contratado-Dentista ANDERSON LARA E SILVA CRO 18.381	52-Data, Local e Assinatura do Contratado-Responsável 24/09/20	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 06.316.719/0001-12 ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA LTDA. Av. Afílio Machado, 1264 - Sala 406 B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000 BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
--	---	---	---