



391309
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197604	7-Data Validade da Senha 05/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000025377046		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702006324213189
13-Nome FERNANDO MONTEIRO DE PAIVA 14/01/1968			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULA EDILA BOTELHO BARBOSA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA		18-Número no CRO 16315	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81381425704		22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA		23-Número no CRO 16315	24-UF RJ
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA		27-Número no CRO 16315	28-UF RJ
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-Assinal
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	07/10/2020		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	90,00	0,00		S	14/10/2020		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	90,00	0,00		S	14/10/2020		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	90,00	0,00		S	14/10/2020		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00		S	14/10/2020		
6-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00		S	14/10/2020		
7-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00		S	14/10/2020		
8-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	38,00	0,00		S	14/10/2020		
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 469,00	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 pre 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dr. Marcos Carvalho da S.
Cirurgião - Dentista
CRO 16315