



451855
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406641 3-Dia de Emissão da Guia 11/2/01 4-Dia de Autorização 13/10/11/21 5-Será Autorizado 8187472 6-Numero da Guia Principal 8187472 7-Dia Validade da Guia 11/2/01/21

8-Numero da Carteira 010120125110220301117603 9-Tipo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA DE ANDRADE DUCTRA CARVALHO COUTO 13/12/2006 14-Telefone 15-Nome do titular do plano IGOR MANSO CARVALHO COUTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante VICTOR CRUZ CARVALHO DA SILVA 18-Numero no CRO 45811 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11601293207777 22-Nome do Contratado Enrolante VICTOR CRUZ CARVALHO DA SILVA 23-Numero no CRO 45811 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Numero no CRO 45811 27-Numero no CRO 45811 28-UF RJ 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Enrolante VICTOR CRUZ CARVALHO DA SILVA

30-1-Adesão	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-AUI	40-Dia de Realização	41-Numero da Guia	42-Atendimento
1-00184001198		PROFILAXIA POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/01/21	01/01/21	01/01/21
2-001840001198		PROFILAXIA POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/01/21	01/01/21	01/01/21
3-001840001198		PROFILAXIA POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/01/21	01/01/21	01/01/21
4-001840001198		PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/01/21	01/01/21	01/01/21
5-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/01/21	01/01/21	01/01/21
6-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/01/21	01/01/21	01/01/21
7-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/01/21	01/01/21	01/01/21
8-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/01/21	01/01/21	01/01/21
9-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/01/21	01/01/21	01/01/21
10-001851001196												
11-001851001196												
12-001851001196												
13-001851001196												
14-001851001196												
15-001851001196												

43-Guia Finalizada / Terminou o Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Tratamento 46-Total Quantidade US 47-Total Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrito. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assumido(s), busquem realização(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.

50-Data Local e Assinatura do Contratado/Operadora Solicitante 51-Data Local e Assinatura do Contratado/Operadora 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data Local e Assinatura do Profissional 54-Data Local e Assinatura do Profissional

55-Data Local e Assinatura do Profissional 56-Data Local e Assinatura do Profissional 57-Data Local e Assinatura do Profissional 58-Data Local e Assinatura do Profissional 59-Data Local e Assinatura do Profissional