

369269
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 3 / 0 9 / 2 0	4-Data da Autorização 0 3 / 0 9 / 2 0	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189019	7-Data Validade da Senha 0 2 / 1 2 / 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 3 1 9 5 1 0 1 1 5 0 0 0	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional 700505542638
FLAVIO DA SILVA CAMPOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		18-Número no CRO 37184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16 6 7 2 6 2 4 7 7 5 3		22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		23-Número no CRO 37184	24-UF RJ
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA					
27-Número no CRO 37184					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					
Faturar Empresa					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fruco	35-Qtdt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	3 4	0,00	0,00	S	10/09/20	14
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5	0,00	0,00	S	10/09/20	14
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5	0,00	0,00	S	10/09/20	14
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5	0,00	0,00	S	10/09/20	14
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3 5	0,00	0,00	S	10/09/20	14
6-	0 0 8 7 0 0 0 0 1 6	ATIVIDADE EDUCATIVA EM		1	1	5 9	0,00	0,00	S	10/09/20	14
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
										43-Data Emissão Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento

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, referêntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Obrigado(a).

Assinatura do Paciente

Assinatura do Profissional Assistente

Assinatura da Operadora

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura do Médico

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Odontólogo

Assinatura do Zootecista

Assinatura do Radiologista

Assinatura do Emergência

Assinatura do Total

Assinatura do Parcial

Assinatura do Valor Total R\$

Assinatura do Franchise / Co-participação R\$

50 - Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante	51 - Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável	53 - Data, local e Assinatura Empresarial
 Luis Alberto S. Tabo Dentista	 Luis Alberto S. Tabo Dentista	 Rafaela G. R. Tabo Responsável	 Rafaela G. R. Tabo Empresarial