



427408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8088425	7-Data Validade da Guia 23/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510220300070601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE LUIZ PIRES JUNIOR	14-Telefone 15/05/1984 (21) 38325686	15-Nome do Titular do plano JOSE LUIZ PIRES JUNIOR		

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA	18-Número no CRO 43182	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5786832649	22-Nome do Contratado Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA	23-Número no CRO 43182	24-UF RJ	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA		27-Número no CRO 43182	28-UF RJ	29-Código CBO S

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	04/12/20		res
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	04/12/20		res
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	04/12/20		res
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	04/12/20		res
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 04/12/20	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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitar e autorizar 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 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-Descrição HASE HASD HAID HAIE	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
-------------------------------------	---	---	---	-------------------------------------

Dra. Atamis M. V. Malta
Cirurgiã Dentista
CRO - 43182