



362595
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 8 / 2 0	4-Data de Autorização 2 4 / 0 8 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186141	7-Data Validade da Senha 2 2 / 1 1 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004840549925	
13-Nome MARIA CLARA DE JESUS ARAUJO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARIA CLARA DE JESUS ARAUJO			

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM		18-Número no CRO 34075		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 9 7 0 8 2 2 7 0 7		22-Nome do Contratado Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM		23-Número no CRO 34075		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM				27-Número no CRO 34075		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	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0		S	03/09/2020		
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0 0 0 0		S	03/09/2020		
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0 0 0 0		S	03/09/2020		
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0 0 0 0		S	03/09/2020		
5	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0 0 0 0		S	03/09/2020		
6												
7												
8												
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 1 7 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 Cirurgião-Dentista Solicitante 03/09/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--