



DEMONSTRATIVO DE REEMBOLSO

Nº da Solicitação: 300000038502
Nº Protocolo ANS:

Sub-Estipulante MAIDA HAPTECH SOLUCOES INTELIGENTES LTDA - 5323312000150			Segurado DANIEL VIANA DE ALMEIDA - 89863712353						Plano NOSSO PLANO LXIX 461621109					
Dt. Atend. Item	CPF/CNPJ Nome do Executante (Prestador)	Código Descrição do Procedimento	Pos. Médica	QTDE.US.	VLR.US.	MULT.	QTD	QTD FIL.	VLR FIL.	PCT.	VALOR (R\$)			
			Nome Paciente - Número do Reembolso								Apresentado	Glosado	Co-participado	Reembolso
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR	0,00	0,0000	0	8	0	0,00	100	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR	0,00	0,0000	0	8	0	0,00	100	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR	0,00	0,0000	0	8	0	0,00	100	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR	0,00	0,0000	0	8	0	0,00	100	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR	0,00	0,0000	0	8	0	0,00	100	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR	0,00	0,0000	0	8	0	0,00	100	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR	0,00	0,0000	0	8	0	0,00	100	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR	0,00	0,0000	0	8	0	0,00	100	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR	0,00	0,0000	0	8	0	0,00	100	1.000,00	0,00	0,00	0,00

[illegible]

02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR 0,00 0,0000 0 8 0 0,00 100 DANIEL VIANA DE ALMEIDA - 200000039059	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR 0,00 0,0000 0 8 0 0,00 100 DANIEL VIANA DE ALMEIDA - 200000039059	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR 0,00 0,0000 0 8 0 0,00 100 DANIEL VIANA DE ALMEIDA - 200000039059	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR 0,00 0,0000 0 8 0 0,00 100 DANIEL VIANA DE ALMEIDA - 200000039059	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR 0,00 0,0000 0 8 0 0,00 100 DANIEL VIANA DE ALMEIDA - 200000039059	1.000,00	0,00	0,00	0,00
02/05/2024	88.419.737/0001-94 TESTE PRESTADOR	10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	CONSULTOR 0,00 0,0000 0 8 0 0,00 100 DANIEL VIANA DE ALMEIDA - 200000039059	1.000,00	0,00	0,00	0,00

CRÍTICAS:

O VALOR REFERENTE A ESTE PROCESSO SERÁ DEPOSITADO, NO DIA EM SUA CONTA CORRENTE BANCO 001 AG. 015 C/C: 0000015-99- , CONFORME VOSSA ORIENTAÇÃO, QUANDO DAREMOS PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO DAS DESPESAS APRESENTADAS. OBSERVANDO QUE A EFETIVAÇÃO DO CRÉDITO DEPENDE DE INFORMAÇÕES BANCÁRIAS CORRETAS. A DISPONIBILIDADE DOS VALORES EM CONTA CORRENTE OCORRERÁ NOS PRAZOS ESTABELECIDOS PELO SISTEMA NACIONAL DE COMPENSAÇÕES BANCÁRIAS. DECLARAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS FISCAIS, QUE O SEGURADO NOS ENTREGOU OS COMPROVANTES (RECIBOS OU NOTAS FISCAIS) ORIGINAIS ACIMA RELACIONADOS, QUE MANTEMOS EM NOSSO PODER.				
---	--	--	--	--

Observações:

DESCRIÇÃO DA(S) CRÍTICA(S) EM CASO DE GLOSA TOTAL OU PARCIAL:

POSIÇÃO MÉDICA		OUTRAS INFORMAÇÕES	
CIRURGIÃO: Cirurgião ou assistente quando tratamento clínico AUX 1: 1. Auxiliar 30% do valor referente ao cirurgião AUX 2: 2. Auxiliar 20% do valor referente ao cirurgião AUX 3: 3. Auxiliar 20% do valor referente ao cirurgião	ANEST: Anestesta CONSU: Consultor	QTDE.US.: VLR.US.: MULT.PLANO: QTD.FILME: VLR.FILME: QTD.SERV.:	Quantidade de unidade de serviços constantes na Tabela Intermédica. Valor de 1 (uma) unidade de serviço Múltiplo do plano contratado para o procedimento/serviço. Quantidade de Filme. Valor de Filme (metro quadrado). Quantidade realizada do procedimento/serviço.

'PREZADO(A) SEGURADO(A): CHAMAMOS SUA ATENÇÃO NO SENTIDO DE OBSERVAR QUE O PRAZO MÁXIMO PARA A APRESENTAÇÃO DOS PEDIDOS DE REEMBOLSO CORRESPONDEM A: 'UM ANO PARA OS EVENTOS COBERTOS EM TERRITÓRIO NACIONAL E DOIS ANOS PARA OS EVENTOS COBERTOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL.'