



Overview

Dr. Robert J. ...
Chicago, Illinois
1993



359949
INTERCÂMBIO

Registro ANS 106414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185251	7-Data Validade da Senha 17/11/20
Nome do Beneficiário Número da Carteira 00379994063030877		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa MAURIZETE DA SILVA CATARINA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
Nome GABRIEL DA SILVA CATARINA ACIOLI		12-Data de Nascimento 02/04/2001	13-Telefone () -	14-Nome do titular do plano MAURIZETE DA SILVA CATARINA ACIOLI	
15-Atendimento a RV V		16-Nome do Profissional Solicitante DEBORA RODRIGUES GUIMARAES	17-Número no CRO 27392	18-UF RJ	19-Código CBO B
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07092780713		21-Nome do Contratado Executante DEBORA RODRIGUES GUIMARAES	22-Número no CRO 27392	23-UF RJ	24-Código CNES
25-Nome do Profissional Executante DEBORA RODRIGUES GUIMARAES		26-Número no CRO 27392	27-UF RJ	28-Código CBO B	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000421-

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 de Oclus	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			19/08/20		* Gabriel
2	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	28,00	0,00			19/08/20		* Gabriel
3												
4												
5												
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 75,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

lento, 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 no 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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/20 * Gabriel Acioi	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--