



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 23/10/2017 4-Data de AutORIZAÇÃO 13/01/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8851707 7-Data Validade da Senha 21/11/2017

631909
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202510550601976001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ELENIR DUARTE DIAS

21/06/1980

14-Teléfono

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

ELENIR DUARTE DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGIA PANORAMICA

18-Número no CRO 73084

19-UF SP

20-Código CBO S 09

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111978372809 22-Nome do Contratado Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS

23-Número no CRO 73084

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ADRIANO GIRALDES IGLESIAS

27-Número no CRO 73084

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Técnica	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 Class	42-Assinatura
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00		S	30/01/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 78,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 este 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

1065-338/0001-03
RUA GENEROSA BASTOS Nº 3214
RECENFORA - CEP: 15015-790
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.