

40644

04/04/2013

12/04/2013

AUTORIZADO

11077712

10/03/07/2013

1401462
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202534799500033101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL

11-Data Validade da Carteira

01/01/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

KARINE DA SILVEIRA

17/09/1986

14-Telefone

() () () () () () () ()

15-Nome do titular do plano

KARINE DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOIMAGEM18-Número no CRO
830719-UF
SC20-Código CBO S
0925-
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

07862615000176

22-Nome do Contratado Executante

MM RAIIO X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

23-Número no CRO

8307

24-UF

SC

25-Código CNES

6725236

Enviar - RX

(I) 81000405

26-Nome do Profissional Executante

MARIANA FERREIRA MEDEIROS

27-Número no CRO

8307

28-UF

SC

29-Código CBO S

(I) 81000421-
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

1-008100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA

RMIE

1

7800

000

04/05/23

2-008100421 RX PERIAPICAL

RMSE

1

1400

000

04/05/23

3-008100421 RX PERIAPICAL

RMSD

1

1400

000

04/05/23

4-008100421 RX PERIAPICAL

RMD

1

1400

000

04/05/23

5-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

6-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

7-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

8-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

9-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

10-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

11-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

12-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

13-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

14-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

15-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

16-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

17-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

18-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

19-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

20-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

21-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

22-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

23-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

24-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

25-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

26-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

27-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

28-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

29-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

30-008100421 RX PERIAPICAL

RMID

1

1400

000

04/05/23

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

MM RAIIO X - Radiologia Odontológica Ltda.

CNPJ 07.862.615/0001-76

53-Data, local e Carimbo da Empresa

04/05/23

Responsável Técnica - CRC 8307

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

04/05/23

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/05/23

53-Data, local e Carimbo da Empresa

04/05/23