



உறுப்பினர்கள் தரப் புகார்

467853
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/2/10/2/12/1		4-Data de Autorização 12/0/04/12/1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8259407		7-Data Validade da Senha 10/3/105/12/1		467853 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 1010210212530711000012012													
9-Plano POS REDE PRESTADORA													
10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS													
11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome LUIZ HENRIQUE DE BITTENCOURT													
14-Telefone (11) 11111111													
15-Nome do titular do plano TANIA REGINA POSSAMAI DE BITTENCOURT													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Alterimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1041181824194711		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		Enviar - RX (1) 81000375-RME (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE (1) 81000405 (1) 81000375-RPD			
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S							

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 Class 42-Assinatura
1-0 0 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	20/04/21	*
2-0 0 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	20/04/21	*
3-0 0 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	20/04/21	*
4-0 0 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	20/04/21	*
5-0 0 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0		0 0 0 0	S	20/04/21	*
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

1-Total

2-Parcial

1 3 4 0 0 0

0 0 0 0 0 0

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo o Operador a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, quando o mesmo não estiver previsto no contrato.

48-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
20/10/2011	12/10/2011	12/10/2011	12/10/2011	12/10/2011	12/10/2011
 RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.					
53-Data, local e Contato da Empresa 12/10/2011					
CNPJ nº 07.880.000/0001-00					

RAIO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.600.000

① M 2862.675/0001-76

Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável

Responsável Técnico - CRO 8307