



344663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2017	4-Data de Autorização 12/05/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7730886	7-Data Validade da Senha 12/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202503759700108001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANAJUSTRA ASSOC NACIONAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FILIPE MATEUS EVANGELISTA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FILIPE MATEUS EVANGELISTA FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IMAXE - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 22265	19-UF PR	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00631253904	22-Nome do Contratado Executante VALDECIR TESTA JUNIOR	23-Número no CRO 22265	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VALDECIR TESTA JUNIOR		27-Número no CRO 22265	28-UF PR	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			15/07/2017		
2-												
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 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 esse 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 14/11/2017 Dr. Valdecir Testa Junior ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA IMAGINOLOGIA - CRO/PR 22.265	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 15/07/2017 Filipe M. Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--