



1639899
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 06/10/23	3-Data de Autorização 06/10/23	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 11757101	6-Data Validade da Senha 04/01/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600732701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLOVIS KOTONA PEREIRA JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLOVIS KOTONA PEREIRA JUNIOR		

16-Endereço a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante X IMAGEM	18-Número na CRO 113480	19-JF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / C/P 29614375000123	22-Nome do Contratado/Executante X IMAGEM RADIOLOGIA ODONTOLOGICA EIRELI	23-Número na CRO 113480	24-UF SP	25-Código CHES 9314982	
26-Nome do Profissional Executante CASSIO TADEU SANTOS MELO		27-Número na CRO 113480	28-JF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fig. 1	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1400	000			26/10/23		
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-Tot 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1400	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 e 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 26/10/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/23
--	---	---	---

Dr. Cassio Tadeu Santos Melo
CRO - 113480
Cirurgião Dentista