



319926
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/06/20	4-Data de Autorização 03/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164994	7-Data Validade da Senha 01/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003862445684
-----------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JOAQUIM CURTY DA CUNHA	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 02/11/1969	16-Nome do titular do plano JAQUELINE CLARA RIBEIRO DA CUN
-----------------------------------	----------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número no CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	27-Número no CRO 34928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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		S	03/06/20		x jo
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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/20 jo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/06/20
--	--	--	---

DIAGNOSTICO ORAL E REXEL-ME