



428099
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11/11/20	4-Data de Autorização 01/08/11/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8091388	7-Data Validade da Senha 12/04/10/12/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 000202523465700005502		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VIACAO MOURAOENSE LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EMILI KESSI CORREIA		14-Telefone 28/03/1999	15-Nome do titular do plano MARCELO DE CASTRO SILVA		

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 (1) 81000405
21-Código na Operadora / GNPJ / 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	

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			10/08/11/12/20		Emili Kessi
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 14/11/12/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/12/20	52-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	-------------------------------------