



2-Nº

497088 INTERCÂMBIO					
1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2013		4-Data de Autorização 11/08/2013	
5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8379211		7-Data Validade da Senha 10/09/2016	
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202025253066000002011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LEANDRO TOMAZI DA ROSA					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano LEANDRO TOMAZI DA ROSA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteração a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307	
19-JF SC		20-Código CBO S 09		21-Data Validade da Carteira 025 -	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0141181812481947		23-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		24-JF SC	
25-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		26-Número no CRO 8307		27-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0018100421		31-Código do Procedimento RX PERIAPICAL		32-Descrição RPSE	
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	
1-0018100421					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1400					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000					
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 pagar em 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 18/10/2013					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2013					
52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 18/10/2013					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2013					
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2013					
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2013					

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

RAIO-X - Radiologia Odontológica Ltda.

Dra. Mariana F. Medeiros

Responsável Técnico = 070 8907