



1570817
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/23	4-Data de Autorização 14/08/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11559702	7-Data Validade da Senha 12/11/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202511234300081101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CAROLINA EUZEBIO ALVES		14-Telefone 28/01/1997	15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA EUZEBIO ALVES		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO JAIME XAVIER MACHADO		18-Número no CRO 49928	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4682927000170		22-Nome do Contratado Executante TOMOGRAFIA E RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA		23-Número no CRO 49928	24-UF MG	25-Código CNES 0287490
26-Nome do Profissional Executante BRUNO JAIME XAVIER MACHADO		27-Número no CRO 49928		28-UF MG	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

RADIOGRAF
Tomografia e Radiografia
Boa Esperança
CNPJ: 34.682.927/0001-70 - EPAO -7550

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
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	14/08/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/08/23	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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 14/08/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/08/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/23 Ana Carolina Euzebio Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/08/23
---	---	--	---

RADIOGRAF
Tomografia e Radiografia
Boa Esperança
CNPJ: 34.682.927/0001-70 - EPAO -7550

