



631642
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/21	4-Data de Autorização 27/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8850833	7-Data Validade da Senha 20/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525307100054902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PATRICIA ROSSO DE BRIDA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JONAS JOSE DE BRIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	27/07/21		
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\$ 0,00
---	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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 27/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/07/21
---	---	---	---

RAID-X - Radiologia Odontológica Ltda
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307