



2608748
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2016	4-Data de Autorização 21/01/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14820021	7-Data Validade da Senha 22/03/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BORDA DO CAMPO MOTORES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202557816800064202					
13-Nome ANDREA CARLA SGUARIO		14-Telefone 22/12/1974	15-Nome do titular do plano MAURICIO SGUARIO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 2440	19-UF RN	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA NATAL				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29926902000135		22-Nome do Contratado Executante ROC RADIOLOGIA CONCEITO LTDA	23-Número no CRO 2440	24-UF RN	25-Código CNES 9876839
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA SOARES		27-Número no CRO 2440	28-UF RN	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	21/01/2016		
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 45,24

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/2016 Andrea C. Sguario	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

ROC RADIOLOGIA CONCEITO
CNPJ: 29.296.902/0001-35