



443620
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012	4-Data de Autorização 18/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8156575	7-Data Validade da Senha 18/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202507811900069201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELIETE DE CARVALHO SANTOS	14-Telefone 17/04/1971	15-Nome do titular do plano ELIETE DE CARVALHO SANTOS
--------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA RADIOLOGICA SAFE CARNEIRO	18-Número no CRO 7870	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22485970106	22-Nome do Contratado Executante TANIA CARNEIRO MAFRA	23-Número no CRO 7870	24-UF DF	25-Código CNES 5507680	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante TANIA CARNEIRO MAFRA	27-Número no CRO 7870	28-UF DF	29-Código CBO S 2232-60	(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD	

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	18/12/20		Santos
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	18/12/20		Santos
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	18/12/20		Santos
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	18/12/20		Santos
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	18/12/20		Santos
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/12/20	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 134,00	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 18/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 18/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------

Radiologista