



2-Nº

2415261
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 07/08/25		4-Data de Autorização 13/08/25		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14214154		7-Data Validade da Senha 06/10/25	
8-Número de Carteira 0020202511234342650000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira ///		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		2415261 INTERCÂMBIO	
13-Nome JANETE GOMES CASTANHO		16-Atendimento a RN JOSE VICTOR MARQUES		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE VICTOR MARQUES		18-Número no CRO 132105		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405	
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 5448805150001111		22-Nome do Contratado Executante UNIQUE EXAMES DE IMAGENS ODONTOLÓGICOS		23-Número no CRO 132105		24-UF SP		25-Código CNES 5553261			
26-Nome do Profissional Executante JOSE VICTOR MARQUES		27-Número no CRO 132105		28-UF SP		29-Código CBO S					
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78		00		37-Valor	
2-										38-Franquia/Co-participação R\$	
3-										39-Aut	
4-										40-Data de Realização	
5-										41-Motivo da Class 42-Assinatura	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto 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-Quantidade US 7800		47-Valor Total R\$		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											

54.488.05/001.11

UNIQUE EXAMES DE IMAGENS
ODONTOLÓGICOS LTDA

Av Florianópolis, 173 Sala 02
Jardim São João-CEP:07151-110