



397271
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2019	4-Data de Autorização 19/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7964265	7-Data Validade da Senha 14/01/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202532579300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCOS ROGERIO MARIN		14-Telefone 24/05/1977	15-Nome do titular do plano MARCOS ROGERIO MARIN		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IMAXE - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 22265	19-UF PR	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00631253904		22-Nome do Contratado Executante VALDECIR TESTA JUNIOR		23-Número no CRO 22265	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VALDECIR TESTA JUNIOR				27-Número no CRO 22265	28-UF PR	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			19/11/2019		
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 este 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2019 Dr. Valdecir Testa Jr. ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA IMAGINOLOGIA CRO/PP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--