



2208079
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/02/25	4-Data de Autorização 13/02/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13528481	7-Data Validade da Senha 14/05/25
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 002025120880500000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SARA OLIVEIRA RODRIGUES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO RODRIGUES	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CONTRASTE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA JOINVILLE	18-Número no CRO 14538	19-UF SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22572211000131			22-Nome do Contratado Executante CONTRASTE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 14538	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante LUCIANO TONETTO FELTRACO			27-Número no CRO 14538	28-UF SC	29-Código CBO S 09
25-Código CNES 9309780			025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405		

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	13/02/25		LTF
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/02/25	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oriodontia 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/02/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/02/25	52-Data, local e Assinatura do Responsável 13/02/25	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/02/25
---------------	---	---	--	--

Luciano Feltraco
Radiologista
CRO/SC 14.538

