

2-N

453016
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número do Carteira	000202534502600000103
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade do Carteira	/ /
12-Número do Cálculo	

13-Nome	MILENA DOS SANTOS FERREIRA	18/05/2006	14-Telefone	() -
15-Nome do titular do plano	CLAUDENE BEZERRA DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acreditamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 -
N	CENTER RADIO CLINICA ODONTOLOGICA E DIAGNOSTICA	8234	GO	09	Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	12	5	0	8	9	5	8	0	8	5	5						
22-Nome do Contratado Exoculante	JULIANA CERVIGNE PASCOALETO DE SIQUEIRA																
23-Número no CRO	8234																
24-UF	GO																
25-Código CNIES																	
Enviar - RX																	
(i) 81000375-RPD	(i) 81000																

26-Nome do Profissional Excedente		27-Numero no CRO	28-Uf	29-Código CBO S	(/) 8100037-S-RPE (/) 8100042-I
JULIANA CERVIGNE PASCOALETO DE SIQUEIRA		8234	GO		(/) 8100042-I

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4	0 0			0 0		
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1					0 0		
2-	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5				1 4	0 0			0 0		
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1					0 0		
3-	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	0 0			0 0		
		RX PERIAPICAL	RMSD		1					0 0		
4-	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	0 0			0 0		
		RX PERIAPICAL	RMID		1					0 0		
5-	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	0 0			0 0		
		RX PERIAPICAL	RMSE		1					0 0		
6-	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	0 0			0 0		
		RX PERIAPICAL	RMIE		1					0 0		
7-	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	0 0			0 0		
		RX PERIAPICAL	RIS		1					0 0		
8-	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	0 0			0 0		
		RX PERIAPICAL	RCSD		1					0 0		
9-	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	0 0			0 0		
		RX PERIAPICAL	RCSE		1					0 0		
10	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	0 0			0 0		
		RX PERIAPICAL	RCIE		1					0 0		
11	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	0 0			0 0		
		RX PERIAPICAL	RII		1					0 0		
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atar com os custos conforme previsto no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(m) 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

49-Observação

R/ Juliana Candigne
 CRO/6078234
 Diagnóstico Odontológico
 Diretora Juliana Candigne

53-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/8/1013/11/21
53-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/8/1013/11/21
53-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/8/1013/11/21
53-Dados, local e Carimbo da Empresa	11/8/1013/11/21
R1 Jornal CRO/GO: 8234	