



416488
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8042596	7-Data Validade da Senha 09/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533088800000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Certão Nacional de Saúde
13-Nome LETICIA CHAVES AUGUSTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SONIA NAIARA DE SOUZA	

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		S	/ /	10/11/20	
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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2020 Dr. Valdecir Testa Junior ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA IMAGINOLOGIA - CRO/PR 22.265	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 13/11/2020 Sônia d.	54-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--