



2-Nº

3-Data de Emissão da Guia 17/10/21		4-Data de Autorização 12/3/02		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8305222		7-Data Validade da Senha 18/01/21		478712 INTERCÂMBIO																							
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde																							
8-Número da Carteira 010120125356490000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																									
13-Nome MAXWELL ROGER DE FREITAS										14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano MAXWELL ROGER DE FREITAS																					
16-Atendimento a RN N										17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		21-Código no Contrato Executante 22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		26-Envio - RX () 81000405 () 81000375-RPE () 81000421-RIS () 81000375-RPD () 81000375-RME () 81000375-RMD							
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS										27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Valor R\$		31-Quantidade US		32-Valor US		33-Quantidade US		34-Face		35-Qtd		36-Data de Realização 39-Aut		40-Motivo da Realização 41-Motivo da Realização			
30-Tabela										31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Data de Realização		34-Face		35-Qtd		36-Data de Realização		37-Valor		38-Fratura/Co-participação R\$		39-Aut		40-Motivo da Realização		41-Motivo da Realização			
1-0001811000405										RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
2-00018110004121										RX PERIAPICAL		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
3-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
4-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
5-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
6-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
7-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
8-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
9-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
10-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
11-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
12-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
13-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
14-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
15-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
16-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
17-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
18-0001811000375										RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		14																			

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em lei e/ou procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s). O(s) procedimento(s) realizado(s) com meu consentimento e de minha satisfação. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome, por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/10/2011	23/10/2011	23/10/2011	23/10/2011

VINI RAIO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
 CNPJ 07.862.615/0001-76

Dra. Mariana F. Medeiros
 Responsável Técnica - CRO 8307