



1. Introduction

425329
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
8079904

5-Sentida
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/7/11 12/12/103-Data de Emissão da Guia
23/11/2011

1-Registro ANS
105414

Dados do Beneficiário		9-Plano		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
0 0 2 0 2 5 3 2 2 3 1 5 0 0 0 0 1 0 1		POS REDE PRESTADORA		DENTAL UNI COOPERATIVA		_/_/___/___		_/_/___/___	
12-Nome		01/10/1968		14-Telefone		15-Nome do titular do plano			
MARCIA REINA DOS SANTOS				() _ _ _ _ _		MARCIA REINA DOS SANTOS			

17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGIA PANORAMICA		18-Número na CRO 73084		19-UF SP	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11191718317128109111		22-Nome do Contratado Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS		24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS		27-Número na CRO 73084		28-UF SP	29-Código CBO S

[illegible]

43-Data Previsão	44-Tipo de Alendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
12/01/2010	1	1.4-Total	78100	78100	78100
12/01/2010	2-Parcial	2-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	3-Parcial	3-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	4-Parcial	4-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	5-Parcial	5-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	6-Parcial	6-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	7-Parcial	7-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	8-Parcial	8-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	9-Parcial	9-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	10-Parcial	10-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	11-Parcial	11-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	12-Parcial	12-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	13-Parcial	13-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	14-Parcial	14-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	15-Parcial	15-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	16-Parcial	16-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	17-Parcial	17-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	18-Parcial	18-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	19-Parcial	19-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	20-Parcial	20-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	21-Parcial	21-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	22-Parcial	22-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	23-Parcial	23-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	24-Parcial	24-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	25-Parcial	25-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	26-Parcial	26-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	27-Parcial	27-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	28-Parcial	28-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	29-Parcial	29-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	30-Parcial	30-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	31-Parcial	31-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	32-Parcial	32-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	33-Parcial	33-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	34-Parcial	34-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	35-Parcial	35-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	36-Parcial	36-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	37-Parcial	37-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	38-Parcial	38-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	39-Parcial	39-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	40-Parcial	40-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	41-Parcial	41-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	42-Parcial	42-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	43-Parcial	43-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	44-Parcial	44-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	45-Parcial	45-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	46-Parcial	46-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	47-Parcial	47-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	48-Parcial	48-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	49-Parcial	49-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	50-Parcial	50-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	51-Parcial	51-Parcial	00000	00000	00000
12/01/2010	52-Parcial	52-Parcial			

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(ram) 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.

50 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Data, local e Assinatura do Clínico-Dentista	52 - Data, local e Assinatura do Condicionário / Responsável	53 - Data, local e Carimbo da Empresa
30/11/2020	30/11/2020	07/11/2020	07/11/2020

R. Rua Generosa Bastos nº 3214
Redentora - CEP: 15015-790

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.