



325100
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		2-Data de Emissão da Guia 11/06/2011		4-Data de Autorização 11/06/2011		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7637142		7-Data Validade da Série 11/09/2011	
8-Número da Carteira 010202526112350000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome EULALIA MARIANA JOVELINO		22/03/1988		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano EULALIA MARIANA JOVELINO					
16-Atribuição a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 12838		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 1741212525116911		22-Nome do Contratado Especialista ALMIRIO JOSE BORELI		23-Número no CRO 12838		24-UF MG		25-Código CBO S 550317		Enviar - RX (1) 81000405	
26-Nome do Profissional Encarregado ALMIRIO JOSE BORELI		27-Número no CRO 12838		28-UF MG		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Clín	
1-0-0		8-1-0-0-0-4-0-5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		1		7-8-10-10	
2-1										0-10-0	
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data de Emissão da Guia 11/06/2011		44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico		45-Valor Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantitativo US 7-8-10-10		47-Valor Total R\$ 0-10-0		48-Total Faturado / Co-participação R\$	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acato e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

TOMOGRAFIA DECS ODONTOLÓGICA LTDA