



851057
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/01/2022	4-Data de Autorização 24/01/2022	5-Situação CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 9501985	7-Data Validade da Guia 24/04/2022
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 0020254122570000201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EUCATUREMPRESA UNIAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome WILKER GOMES RODRIGUES		14-Telefone 24/03/2002	15-Nome do titular do plano WILKER GOMES RODRIGUES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODENTE RADIOLOGIA DIGITAL	18-Número no CRO 5924	19-UF GO	20-Código CBO 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000375-RMD
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 81231598115	22-Nome do Contratado Executante GISELLE BARBOSA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 5924	24-UF GO	25-Código CBO 09	
26-Nome do Profissional Executante GISELLE BARBOSA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 5924	28-UF GO	29-Código CBO 09	

30-Tateli	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise	42-Assinatura
1	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	01/02/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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(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.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Contratado Solicitante 24/01/2022 x [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 24/01/2022 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/01/2022 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/01/2022 Radiodente Radiologia Digital LTDA - 31 CNPJ. 13.758.835/0001-91