



2608564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2016	4-Data de Autorização 21/01/2016	5-Senha AGUARDANDO CORREÇÃO	6-Número da Guia Principal 14819308	7-Data Validade da Senha 22/03/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025125526900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700500731178955
13-Nome FABIANA AZARIAS GOMES		14-Telefone 24/12/1983	15-Nome do titular do plano FABIANA AZARIAS GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER - CENTRO DE DIAGNOSTICO DIGITAL DA FACE LTDA.	18-Número no CRO 16055	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03037318000640	22-Nome do Contratado Executante FACENTER - CENTRO DE DIAGNOSTICO DIGITAL DA	23-Número no CRO 16055	24-UF RJ	25-Código CNES 3461858
26-Nome do Profissional Executante MIGUEL NADER		27-Número no CRO 16055	28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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			27/01/2016		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0006-40
FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DIGITAL DA FACE LTDA.
Rua Viúva Dantas, n.º 100
Laj. 227 Parls 229, 231, 233, 235
Casapó Grande - CEP: 23.052-000
RIO DE JANEIRO - RJ

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 0,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/01/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/01/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--