



341779
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 12 01	4-Data de Autorização 12/11/07 12 01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7716558	7-Data Validade da Seria 11/8/11 01/2101
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102153075181100101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11 11	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome KAIQUE GUSTAVO GONCALVES DA SILVA	27/11/1995	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KAIQUE GUSTAVO GONCALVES DA SILVA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Soluções ORAL SCAN RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA - ME	18-Número no CRO 70620	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNUJ / CPF 127481653118110111	22-Nome do Contratado Executante RODOLFO MARCO FUJIMOTO TRENTIN	23-Número no CRO 70620	24-UF SP	25-Código CNES 26-Código CBO S
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante RODOLFO MARCO FUJIMOTO TRENTIN	27-Número no CRO 70620	28-UF SP	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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-Mofo da Glorja	42-Assinatura
1-	010181101004015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,810,010	0,010		S	21 JUL 2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 21 JUL 2020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 17,810,010	47-Valor Total R\$ 24,201,010,010	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	--------------------------------------	--------------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, comprometo-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 21 JUL 2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21 JUL 2020	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 21 JUL 2020	53-Data, local e Assinatura do Profissional 21 JUL 2020
--	--	--	--

Oral View
CNPJ: 08.984.847/0001-60