



2076053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2014	4-Data de Autorização 22/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13113283	7-Data Validade da Senha 20/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025117423500001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome VERA LUCIA ALVES			14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
15-Data de Nascimento 05/01/1977					
15-Nome do titular do plano VERA LUCIA ALVES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIODENTE RADIOLOGIA DIGITAL		18-Número no CRO 5924	19-UF GO	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1375835000157			22-Nome do Contratado Executante RADIODENTE RADIOLOGIA DIGITAL LTDA		23-Número no CRO 5924
24-UF GO			25-Código CNES 6904866		025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante GISELLE BARBOSA DE OLIVEIRA			27-Número no CRO 5924	28-UF GO	29-Código CBO S

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	22/10/2014		Vera
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	22/10/2014		Vera
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	22/10/2014		Vera
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	22/10/2014		Vera
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/2014	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 56,00	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 22/11/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/2014
---	---	---	---

Radiodente Radiologia Digital LTDA - ME
CNPJ: 13.758.835/0001-57