



564675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2015 4-Data de Autorização 12/06/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8632536 7-Data Validade da Senha 12/04/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01021021537977900001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

VIVIANE DE JESUS VITORIO 31/01/1996 14-Telefone 15-Nome do titular do plano VIVIANE DE JESUS VITORIO

Dados do Contratado - Responsável pelo Tratamento

16-Adendimento a R\$ N 17-Nome do Profissional Solicitante IBBRO - BIOIMAGEM-BUCO-MAXILO-FACIAL 18-Número no CRO 1164 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0543085252011 22-Nome do Contratado Executante JANE LUZIA FREIRE MATOS 23-Número no CRO 1164 24-UF BA 25-Código CNES (1) 81000405 26-Nome do Profissional Executante JANE LUZIA FREIRE MATOS 27-Número no CRO 1164 28-UF BA 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-V/Abx	38-Franquia/Cop-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,8,0,0	0,0,0		S	12/06/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dado Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Adendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Credencia 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 7,8,0,0

47-Valor Total R\$ 0,0,0,0

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, a 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 Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa