



franquias para você agir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



527534
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2014	4-Data de Autorização 12/03/2014	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8499155	7-Data Validade da Sentença 18/10/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025362010000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/1988	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Data Validade da Carteira 11/11/1988
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Atendimento a RN N	15-Atendimento a RN N	16-Atendimento a RN N	17-Atendimento a RN N	18-Atendimento a RN N	19-Atendimento a RN N
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
20-Atendimento a RN N					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947					
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
23-Número no CRO 8307					
24-UF SC					
25-Código CNES SC					
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
27-Número no CRO 8307					
28-UF SC					
29-Código CBO S					

30-Tabela		31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolagem	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
1-0081000421		RX PERIAPICAL										
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	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, compreendendo-me 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
12/03/2014	12/03/2014	12/03/2014	12/03/2014

IM HANO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ-07.862.615/0001-76
Dra. Mariana T. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307