



2-Nº

772121
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2012	4-Data de Autorização 08/11/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9264854	7-Data Validade da Sentença 06/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025431161000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome NEIDE DAIANE BATISTA	14-Teléfono (111) 11111111	15-Nome do titular do plano NEIDE DAIANE BATISTA	16-Atendimento a RN DENTAL DOC	17-Nome do Profissional Solicitante DENTAL DOC	18-Número no CRO 11316
19-UF RS	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 70539197068	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO	23-Número no CRO 11316	24-UF RS
25-UF RS	26-UF RS	27-Número no CRO 11316	28-UF RS	29-Código CBO S	29-Código CBO S
Dados do Profissional Executante					
GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0108110000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			
2-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
3-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
4-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
5-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
6-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
7-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
8-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
9-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
10-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
11-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
12-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
13-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
14-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
15-0108110000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total RS					
48-Total Franquia / Co-participação RS					

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 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

14/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

14/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

14/11/2012

53-Data, local e Assinatura

14/11/2012

Dentaldoc

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Marcelo Martini Viana EIRELI

CNPJ: 30249050/0001-78