

542651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/05/2015 12:11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8554692		7-Data Validade da Senha 03/10/2012		542651 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000202531271400000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/04/2002		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alteramento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04181248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 1-00348		32-Descrição DOC ORTODONTICA "E"		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd			
31-Código do Procedimento		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut			
40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura		43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento			
46-Total Franquia / Co-participação R\$		47-Valor Total R\$		48-Total Quantidade US		49-Total 1-Total 2-Parcial		50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura da Empresa		54-Data, local e Assinatura da Empresa		55-Data, local e Assinatura da Empresa			
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											

Drª Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307
CNPJ 07.862.615/0001-76
Rádio Log X - Radiologia Odontológica Ltda.