



2-№

408795
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/10/12/01		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8012456		7-Data Validade da Santa 12/8/10/11/12/11		408795 INTERCÂMBIO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																			
8-Número da Carteira 0002025314607000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome BIANCA FONSECA BORDIGNON		13-Data 18/12/1997		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano BIANCA FONSECA BORDIGNON													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																			
16-Alendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041881248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		(I) 81000421- Enviar - RX (I) 81000421-									
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Código CBO S		(I) 81000421-RPSE (I) 81000421-									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor					
1-000181000421		RX PERIAPICAL		RPSP		1		14		00		00		00		S 12/11/11/12/11			
2-000181000421		RX PERIAPICAL		RPSE		1		14		00		00		00		S 12/11/11/12/11			
3-000181000421		RX PERIAPICAL		RMID		1		14		00		00		00		S 12/11/11/12/11			
4-000181000421		RX PERIAPICAL		RMIE		1		14		00		00		00		S 12/11/11/12/11			
5-000181000421																			
6-000181000421																			
7-000181000421																			
8-000181000421																			
9-000181000421																			
10-000181000421																			
11-000181000421																			
12-000181000421																			
13-000181000421																			
14-000181000421																			
15-000181000421																			
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\$	
11/11/11										1-1		1-Total 2-Parcial		56100		0100		0100	

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(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 solicitado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

48-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]
53-Data, local e Carimbo da Empresa	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]	[17/11/2017]

CNPJ 07.552.616/0001-70
 Dra. Mariana F. Machado
 Responsável Técnica - CRO 2207