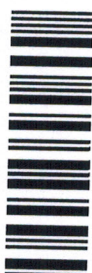




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



444262
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 12/9/11/2012	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8159782	7-Data Validade da Semana 21/10/13	8-Data Validade da Carteira 21/10/13	12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
8-Número da Carteira 0102012534168300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	14-Telefone ()	11-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano FRANCIANE DA SILVA FERREIRA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome FRANCIANE DA SILVA FERREIRA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDARA MOTA GOMES	18-Número no CRO 7692	19-UF MT	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 046174672180	22-Nome do Contratado Executante DANDARA MOTA GOMES	23-Número no CRO 7692	24-UF MT	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante DANDARA MOTA GOMES	27-Número no CRO 7692	28-UF MT	29-Código CBO S								
30-Tabela	31-Código do Procedimento 10081000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dentista/Região 1	34-Raio 34	35-Qtd 0	36-Quantidade US 000	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ S2811820	39-Ant Franciane	40-Data de Realização 28/11/2012	41-Motivo da Obra 42-Assinatura
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000						

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referências 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
28/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/11/2012

53-Data, local e Cartão da Empresa
28/11/2012

CNPJ: 36.100.455/0001-26

Av. Castelo Branco, nº 1350
Bairro: Jardim Imperador - CEP: 78.125-702
VÁRZEA GRANDE - MT