



461798  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>25/10/12 | 4-Data de Autorização<br>27/01/12 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8232542 | 7-Data Validade da Senha<br>25/10/12 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                      |                                                          |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202535113100000102 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ANA JULIA BORELA DUARTE           |  |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>SILVANIA APARECIDA BORELA |                                       |

|                                                            |  |                                                                                      |  |                           |                 |                       |                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                   |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARIANA MISSON RADIOLOGIA ODONTOLOGICA EIRELI |  | 18-Número no CRO<br>31695 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000405<br>(I) 81000375-RPE |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05133705603         |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIANA MISSON ABRAO                             |  | 23-Número no CRO<br>31695 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        |                                                                                                                                   |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARIANA MISSON ABRAO |  | 27-Número no CRO<br>31695                                                            |  | 28-UF<br>MG               | 29-Código CBO S |                       |                                                                                                                                   |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição             | 33-Dente/Região | 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-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 27/01/12              |                    | Silvania      |
| 2-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 27/01/12              |                    | Silvania      |
| 3-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 27/01/12              |                    | Silvania      |
| 4-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 27/01/12              |                    | Silvania      |
| 5-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA   |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 |        | 27/01/12              |                    | Silvania      |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Valor Quantidade US<br>134,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|

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 assistente o 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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/01/12 Silvania P Borela | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Mariana Misson Radiologia  
Odontológica Eireli  
CNPJ: 11.501.584/0001-03