



461879
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8232966	7-Data Validade da Senha 26/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202535113100000101									
13-Nome SILVANIA APARECIDA BORELA		14-Telefone 17/04/1978		15-Nome do Titular do plano SILVANIA APARECIDA BORELA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA MISSON RADIOLOGIA ODONTOLOGICA EIRELI		18-Número no CRO 31695		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05133705603		22-Nome do Contratado Executante MARIANA MISSON ABRAO		23-Número no CRO 31695		24-UF MG		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE			
26-Nome do Profissional Executante MARIANA MISSON ABRAO		27-Número no CRO 31695		28-UF 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-	RMD		1	14,00	0,00		S	27/01/21		Silvano
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	27/01/21		Silvano
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	27/01/21		Silvano
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	27/01/21		Silvano
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 no 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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/01/21 Silvano P Borela		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		54-Data, local e Carimbo da Empresa CNPJ: 11.501.584/0001-08	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Mariana Misson Radiologia
Odontológica Eireli