



461904
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8233103	7-Data Validade da Senha 26/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535113100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
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 Enviar - RX (1) 81000405
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	
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			27/01/21		Silvânia
2-												
3-												
4-												
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 78,00	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 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 este 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 Silvânia Borela	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--

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