



2084172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANVISA 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/01/2014		4-Data de Autorização 28/01/2014		5-Serviço AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13142964		7-Data Validade da Seriação 26/01/2014		
8-Nome do Beneficiário LEITICIA LECIANA TOSTA DE ARAUJO						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
13-Data 12/03/2002						14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano LETICIA LECIANA TOSTA DE ARAUJO				
16-Endereço a RN N												
17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA MISSION RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA												
18-Número no CRP 31655				19-UF MG		20-Código :BO S 09		025 - Faturar Empresa				
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 111501158400010103				22-Nome do Contratado Executante MARIANA MISSION RADIOLOGIA ODONTOLOGICA				23-Número no CRO 31695		24-UF MG		
25-Código CNEB 9075488				26-Nome do Profissional Executante MARIANA MISSION ABRAO				27-Número no CRP 31655		28-UF MG		
29-Código :BO S												
30-Plano de Tratamento / Procedimento e Solicitação												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Movimento da Caixa	42-Ant natura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMS	1	1	1400	0,00	0,00	S	29/01/24		3edica
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	1400	0,00	0,00	S	29/01/24		3edica
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	1400	0,00	0,00	S	29/01/24		3edica
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11												
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fracionado				46-Total Quantidade US 4200				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 e 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Considerações												
50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 11/11/11												
51-Data, local e Assinatura do Contratado-Ortodontista 11/11/11												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/24												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/01/24												

Mariana Mission Radiologia
Odontológica LTDA

CNPJ: 11.501.584/0001-03