



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/03/2011		4-Data de Autorização 16/03/2011		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8354676		7-Data Validade da Sineta 02/06/2011		2-Nº	
8-Número da Carteira 0020253566080000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira		12-Número do Contrato Nacional de Saúde		490704 INTERCÂMBIO			
13-Nome BRYAN METZGER CONSTANCIA		14-Telefone		15-Nome do titular do plano ROSILENE MARTINS METZGER		16-Atendimento a RV ODONTOIMAGEM		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307			
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0418181248947		20-Código CBO S 09		21-Código do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		22-Número no CRO 8307		23-Código CNES SC		24-UF SC			
25-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		26-Número no CRO 8307		27-Código CBO S		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Valor			
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US			
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7		8		00			
2-0081000405		RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		1		4		00			
3-0081000405		RX INTERPROXIMAL - BITE-		1		1		4		00			
4-0081000405				1		1		4		00			
5-0081000405													
6-0081000405													
7-0081000405													
8-0081000405													
9-0081000405													
10-0081000405													
11-0081000405													
12-0081000405													
13-0081000405													
14-0081000405													
15-0081000405													
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		110600		1000		0000			
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(ram) realizado(s) com meu consentimento e forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/03/14	11/03/14	11/03/14	11/03/14

MM RADIO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
 CNPJ 07.862.615/0001-76
 Dra Mariana F. Medeiros
 Responsável Técnica - CRN 8307