



458065
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 1 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 2 1 1 / 0 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8212298	7-Data Validade da Senha 2 0 1 / 0 4 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 8 2 4 9 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MAURICIO FIRMINO TEIXEIRA		14-Telefone 04/01/1970	15-Nome do Titular do plano MAURICIO FIRMINO TEIXEIRA		
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 0 5 1 3 3 7 0 5 6 0 3	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
26-Nome do Profissional Executante MARIANA MISSON ABRAO	27-Número no CRO 31695	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE	

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-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	21/01/21		
2-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S			
3-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S			
4-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S			
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 5 6 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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 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 21/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--

Mariana Misson Radiologia
Odontológica Eireli
CNPJ 11.507.524/0001-03