



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2019	4-Data de Autorização 06/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10338003	7-Data Validade da Senha 05/11/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

1134226
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020254900520000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALISON RIBEIRO	05/05/1999	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALISON RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 078626150001176	22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA	23-Número no CRO 8307	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		20-Código CBO S 09	25-Código CNES 6725236
		32-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$
		39-Aut	40-Data de Realização
		41-Motivo da Glosa	42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0348	DOC ORTODONTICA "E"			1	313,00	0,00			09/12/21		Mariana F. Medeiros
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 313,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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 09/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2019
---------------	---	---	---	---

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