



2-Nº

1141918
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/22	4-Data de Autorização 11/09/22	5-Senha AUTORIZADO	10356978	13/12/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	----------	----------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira	10-Empresa
10 0 2 0 2 5 3 6 2 0 1 8 0 0 0 0 0 1 0 1	DENTAL UNI COOPERATIVA
9-Plano	11-Data Validade da Carteira
POS REDE PRESTADORA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Telefone	15-Nome do titular do plano

13-Nome
KARINA ZOMER REZIN
24/01/1995
(())
KARINA ZOMER REZIN

Dados do Contrato, Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 7 8 6 2 6 1 5 0 0 0 1 7 6	22-Nome do Contratado Executante MMM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA
18-Número no CRO 8307	19-UF SC
23-Número no CRO 8307	24-UF SC
27-Número no CRO 8307	28-UF SC
	29-Código CBO S 09
	25-Código CNES 6725236
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
		1-Total 2-Parcial	7 8 10 0	0 10 10

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência

☐ 1-TOTAL 2-TRATADA

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 comprometidos 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
20/10/2021

5.1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/2012 Kari

53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/02/22

MIM PAIO-X - Radiologia Odontológica Ltda
 CNPJ 07.862.615/0001-76
 Dra Mariana T. Medeiros

Dra Mariana T. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307