



2084118
INTERCÂMBIO

1-Registro ANVISA: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 22/01/2012
4-Data de Autorização: 28/01/2012
5-Serviço: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 13142807
7-Data Validade da Carteira: 25/01/2012

8-Número da Carteira: 002025117447500000101
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-Nome: PAULO ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR
14-Telefone: (11) -
15-Nome do titular do plano: PAULO ROBERTO DOS SANTOS JUNIOR

16-Atendimento à RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MARIANA MISSON RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA
18-Número no CRD: 31695
19-UF: MG
20-Código IBO S: 09
21-Código da Operadora: CNPJ / CPF: 11501584000103
22-Nome do Contratado Executante: MARIANA MISSON RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA
23-Número no CRD: 31695
24-UF: MG
25-Código CNE: 9075488
26-Nome do Profissional Executante: MARIANA MISSON ABRAO
27-Número no CRD: 31695
28-UF: MG
29-Código IBO S:
025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000r-05

Plano de Tratamento / Procedimento e Solicitação

31-Descrição	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cir	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Solicitação	42-Data de entrega
1-00081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	000		S	21/01/2012	problema	
2-											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto 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-Parcial
46-Total Quantidade US: 7800
47-Valor Total R\$: 000
48-Total Franquia / Co-participação R\$: 000
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. De-larar, 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-C observação:

50-Cidade, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 11/11/11
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/11/11
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 11/11/11
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 11/11/11
Mariana Misson Radiologia Odontológica LTDA
CNPJ: 11.501.584/0001-03