



545702
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2015	4-Data de Autorização 12/05/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8566688	7-Data Validade da Senha 06/08/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		3-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202519798100000101		13-Nome CRISTIANO SILVA DE AZEREDO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CRISTIANO SILVA DE AZEREDO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 18381		19-UF MG		20-Código CBO S 09		21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 80071929649		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA		23-Número no CRO 18381		24-UF MG		25-Código CNES (I) 81000421-		26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381		28-UF MG		29-Código CBO S (I) 81000421-	
---	--	--------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------------	--	--	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	---------------------------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------------------------	--

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
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			13/05/2015		Anderson S. de
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			13/05/2015		Anderson S. de
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/05/2015	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 2-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(ram) 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 13/05/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/05/2015
--	---	---	---

Anderson S. de
CRO 18.381

06.316.719/0001-12

ODONTODOC ORTOGRAFIA
ODONTODOC E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICALTA
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS