



1525666
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/23	4-Data de Autorização 14/07/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11431436	7-Data Validade da Senha 09/10/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202546085300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SEBASTIAO PEREIRA GOMES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SEBASTIAO PEREIRA GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO	18-Número no CRO 7491	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7882871000189	22-Nome do Contratado Executante GONCALVES RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA E	23-Número no CRO 34949	24-UF MG	25-Código CNES 9651624
26-Nome do Profissional Executante BRUNA MARANDOLA LACERDA DE SOUZA		27-Número no CRO 34949	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (31) 35413150, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Benedito Valadares, 69, LOJA 14, CENTRO.

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	14/07/23		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	14/07/23		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
20-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/07/23	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-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/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 14/07/23 Raimundo Nonato Stehling Filho CRO-MG 7491	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/23 Benedito Valadares	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/07/23 ODONTODOC LTDA CNPJ: 17.882.871/0001-14 CNES: 9651624
--	---	--	---

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

PACIENTE: Sebastião Pereira Gomes

Solicito o raio x do(s) dente(s), conforme especificação abaixo, para avaliação odontológica.

• Periapical - dente(s): 12, 13, 22 e 23

Técnica de Clark: () Sim () Não

• Interproximal: () Direita () Esquerda
() Molares () Pré molares

• Panorâmica: () Boca semi-aberta

Dr. Carlos Alberto O. Mendicino
Cirurgião Dentista
CRO/MG 16813

Nova Lima, 06 de Julho de 2023.