



616609
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/21	4-Data de Autorização 13/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8803280	7-Data Validade da Senha 10/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531380500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

3-Nome ELISANGELA MARQUES PERES	14-Telefone 14/12/1983	15-Nome do titular do plano ELISANGELA MARQUES PERES
------------------------------------	---------------------------	---

dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

6-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

025 -
Faturar Empresa

1-Código na Operadora / CNPJ / CPF 800071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

Enviar - RX
(I) 81000421-
(I) 81000421-
(I) 81000421-

6-Nome do Profissional Excutante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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	RMSE		1	14,00	0,00			13/07/21		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			13/07/21		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			13/07/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

3-Data Prevista Término do Tratamento 13/07/21	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 42,00	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.

9-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/07/21
---	---	--

Anderson Lara e Silva
Cirurgião-Dentista

Elisangela Marques
Peres

06.316.719/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
E DOCUMENTAÇÃO
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS