



462708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/01/21	4-Data de Autorização 26/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8237098	7-Data Validade da Senha 26/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020252699350000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDER EDUARDO COSTA 30/04/1973			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEXANDER EDUARDO COSTA	

16-Atendimento a RN N		17-Nom e do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / GNPJ / CPF 80071929649		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-
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381		28-UF MG	29-Código CBO S		(I) 81000421- (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 Bloca	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	26/01/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	26/01/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	26/01/21		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	26/01/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data (Previsão Término do Tratamento) 26/01/21	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 56,00	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 26/01/21	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 26/01/21
---------------	---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18.381

06.316.719/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DENTAMENTAÇÃO
B. Alípio de Melo
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS