



370255
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/20	4-Data de Autorização 11/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7849536	7-Data Validade da Senha 03/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

13-Nome LETICIA NUNES OLIVEIRA	14-Telefone 24/06/2005 () -	15-Nome do titular do plano DAIANA APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS
-----------------------------------	------------------------------------	--

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 CEO S 09
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CEO 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	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	10/09/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

3-Data Previsão Término do Tratamento 14/10/20	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 381,00	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.

Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/20	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 14/10/20
---	---	---	---

Andersom Lara e Silva
CRO 18381

06.316.719/0001-07
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 406
B. Âmbito - Belo Horizonte - Minas Gerais