



682828  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>26/08/21 | 4-Data de Autorização<br>26/08/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8994525 | 7-Data Validade da Senha<br>24/11/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                       |  |                                              |                                |                                      |                                     |                                       |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 8-Número da Carteira<br>00202540189100000102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                    |                      |                                                         |
|------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>KEMILLY SOARES DA SILVA | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>RENATA SOARES DOS SANTOS |
|------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|

|                                                             |                                                           |                           |                                                  |                           |             |                       |                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento             |                                                           | 16-Atendimento a RN<br>N  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTODOC | 18-Número no CRO<br>18381 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421- (II) 31000421-<br>(I) 81000421- (I) 81000421- |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>80071929649          | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANDERSON LARA E SILVA | 23-Número no CRO<br>18381 | 24-UF<br>MG                                      | 25-Código GNES            |             |                       |                                                                                                        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANDERSON LARA E SILVA | 27-Número no CRO<br>18381                                 | 28-UF<br>MG               | 28-Código CBO S                                  |                           |             |                       |                                                                                                        |

| 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     |                                 | S      | 26/08/21              |                    | RENATA        |
| 2         | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/08/21              |                    | RENATA        |
| 3         | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMSD            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/08/21              |                    | RENATA        |
| 4         | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/08/21              |                    | RENATA        |
| 5         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                              |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data de Emissão do Tratamento<br>26/08/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>2-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>56,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 condições de prestação de assistência odontológica e 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 no cartão de crédito de meu nome 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Responsável

**06.316.719/000112**  
**ODONTODOC-RADIOGRAFIAS**  
**ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO**  
**ORTODONTICA LTDA**  
 Av. Abílio Machado, 1264 - Sala (1011)  
 Belo Horizonte - MG  
 Cep: 30.820-272

*Andresson Lara e Silva*  
 26/08/21

*RENATA SOARES DOS SANTOS*  
 26/08/21