

366027
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/08/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7830595	7-Data Validação da Guia 26/11/20
8-Número da Carteira 00202531642000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
3-Nome WASHINGTON RODRIGUES DE JESUS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano WASHINGTON RODRIGUES DE JESUS	
16-Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO 9 09
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 CNEB		26-Código CBO 9		27-Valor Total R\$ 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405	
28-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		29-Número no CRO 18381		30-UF MG	

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Fase	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo da Glosa	43-Assinatura
0	0811000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	08/09/20		MURRAY
1	0811000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	08/09/20		MURRAY
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
0												
1												
2												
3												
4												
5												
6												

44-Data Previsão Término do Tratamento 08/09/20	45-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Total Quantitativo US 300,00	48-Valor Total R\$ 0,00	49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	------------------------------------	----------------------------	---

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.

3-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável WASHINGTON RODRIGUES DE JESUS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/09/20
---	---	--	---

08.310.710/0001-121
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTOLÓGICA
263 - Sala 406
Beleza Geral