



1546341
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 7 / 2 3	4-Data de Autorização 2 8 / 0 7 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11493718	7-Data Validade da Senha 2 4 / 1 0 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 0 0 2 3 0 0 0 0 0 1 0 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome BRENDA NATALY FRANCO ATAIDE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KELI CRISTINA FRANCO
--	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO	18-Número no CRO 7491	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (31) 35413150, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Benedito Valadares, 69, LOJA 14, CENTRO,
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 8 2 8 7 1 0 0 0 1 8 9	22-Nome do Contratado Executante GONCALVES RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA E	23-Número no CRO 34949	24-UF MG	25-Código CNES 9651624	
26-Nome do Profissional Executante BRUNA MARANDOLA LACERDA DE SOUZA	27-Número no CRO 34949	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-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 0 0	0 0 0		S	/ /		X Brenda
2-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 0 0	0 0 0		S	/ /		X Brenda
3-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 0 0	0 0 0		S	/ /		X Brenda
4-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 0 0	0 0 0		S	/ /		X Brenda
5-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 0 0	0 0 0		S	/ /		X Brenda
6-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSD		1	1 4 0 0	0 0 0		S	/ /		X Brenda
7-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSE		1	1 4 0 0	0 0 0		S	/ /		X Brenda
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 9 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 no 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante Raimundo Nonato Stehling Filho CRO-MG 7491	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável X Brenda	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado ODONTODOC LTDA CNPJ: 17.882.871/0001-8 CNES: 9651624
--	--	---	--

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

PACIENTE: Brenda Nataly Franco
Ataide

Solicito o raio x do(s) dente(s), conforme especificação abaixo, para avaliação odontológica.

- Periapical - dente(s): 11/12/21/22
- Técnica de Clarck: () Sim () Não
- Interproximal: (☒) Direita (☒) Esquerda
(☒) Molares (☒) Pré molares
- Panorâmica: (☒) Boca semi-aberta

Estela Suzane Marques
Cirurgiã Dentista
CRC-MG 53228

Nova Lima, 19 de Julho de 2023.