



611915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/21	4-Data de Autorização 12/07/21	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8787895	7-Data Validade da Serinha 05/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253959440000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MATHEUS BATISTA GIL				14-Data de Nascimento 14/02/2001	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MATHEUS BATISTA GIL	

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 CBO 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 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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			12/07/21		<i>Anders</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Previsão Término do Tratamento 12/07/21	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 222,00	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 <i>Andersson Lara e Silva</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>Andersson Lara e Silva</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Matheus Batista</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa <i>Odontodoc</i>
---------------	--	--	---	---

Andersson Lara e Silva
CRU 18381

106.316.719/0001-45
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS - DOCUMENTAÇÃO
ODONTOLÓGICA LTDA
R. Abílio Machado, 264 - Sala 406
B. Alípio de Melo
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS