



439325
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/20		4-Data de Autorização 18/12/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8138487		7-Data Validade da Senha 11/03/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0020253384880000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JEAN CARLOS CORREIA RODRIGUES						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JEAN CARLOS CORREIA RODRIGUES							
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					
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					
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-Molho da Glose	42-Assinatura			
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	18/12/20					
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	18/12/20					
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	18/12/20					
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	18/12/20					
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Prevista Término do Tratamento 18/12/20		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 56,00		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 18/12/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/20 Anderson Lara e Silva				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20				53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/12/20			

55-910-710-0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICALIA
Belo Horizonte - Minas Gerais