



737559
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/21	4-Data de Autorização 13/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9164133	7-Data Validade da Senha 11/01/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254240710000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHELLE MACEDO DE AGUIAR		14-Telefone 13/08/1987	15-Nome do titular do plano RONAN DE SOUZA FIFFE		
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	Enviar - RX (1) 81000405
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			26/10/21		x
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/21	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Total R\$ 06.316.719/0001-12	48-Data de Faturamento 26/10/21
--	-----------------------------	---	---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

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 com as condições estabelecidas 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, as parcelas mensais do tratamento, conforme estabelecido neste 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
26/10/21 Anderson Lara e Silva CRO 18381

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
26/10/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/10/21

53-Data, local e Assinatura do Responsável da Empresa
26/10/21

ODONTODOC RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
Av. Abílio Machado, 1284 - Sala (1011)
B. Alípio de Melo - Cep: 30.820-272
BELO HORIZONTE - MG