



365790
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 7829513	7-Data Validade da Senha 26/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202531674000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANA LOURENCO BRAGA			14-Telefone 07/10/1973 (31) 8825-0181	15-Nome do titular do plano ADRIANA LOURENCO BRAGA		

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 09	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421-RIS (I) 81000421-	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 180071929649		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	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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		S	03/10/20		[Assinatura]
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	03/10/20		[Assinatura]
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	03/10/20		[Assinatura]
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	03/10/20		[Assinatura]
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/10/20	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Ortodontia 5-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 120,00	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 03/10/20 Anderson Lara e Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/20 Adriana Lourenco Braga	53-Data, local e Carimbo de Emplacamento 03/10/20 Odontodoc - Radiologia Ortodontica
---	---	--	---

00-311-71910001-12
ODONTODOC - RADIOLOGIA ORTODONTICA
Cadastrado em Belo Horizonte
CNPJ 30.630-000
NINOS GERAIS