



357837
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7791783	7-Data Validade da Senha 15/11/20
8-Nome do Beneficiário ANDRA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUSA		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Número da Carteira 00202530532700000101		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IANDRA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUSA		
16-Data de Nascimento 28/12/1996		17-Número no CRO 18381	18-UF MG	19-Código CBO B 09	025 - Faturar Empresa
20-Atendimento a RN N		21-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	22-Número no CRO 18381	23-UF MG	24-Código CNES
25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649		26-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO B
30-Envio - RX (I) 81000421- (I) 81000405					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	20/08/2020		Jandra
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/08/2020		Jandra
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/08/20	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 92,00	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 20/08/20 Anderson Lara e Silva	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20 Jandra Rodrigues	52-Data, local e Assinatura da Empresa 20/08/20 Alípio de Melo
---------------	---	--	---

00.510-7401-12
ODONTODOC RADIOGRAFIA
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
1264 - Sala 406
Cap. 50.250.000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS