



737558
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 9164132	7-Data Validade da Senha 11/01/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254240710000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCELO UBIRATAN ESTARNEQUE DE ALVARENGA					
14-Telefone () -			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 (I) 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		S	26/10/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

33-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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 condições 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, e por meio do contratado, 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	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 Profissional 26/10/21
---------------	---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18.381

506-316-719/0001-12
ODONTODOC-RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala (1011)
B. Alípio de Melo Cep: 30.820-272
BELO HORIZONTE - MG