



759616
INTERCÂMBIO

Registro ANS 06414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/21	4-Data de Autorização 27/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9226502	7-Data Validade da Senha 25/01/22
8-Nome do Beneficiário TATIANA MARIA DE MELO PACHECO		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 0020253951760000101		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano TATIANA MARIA DE MELO PACHECO		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09
1-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
16-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000421-

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
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00			27/10/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/21	44-Tipo de Atendimento ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☒ 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 14,00	47-Valor Total R\$ 14,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 06-316-719/0001-12
--	--	---	-----------------------------	-----------------------------	---

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 obrigações previstas 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 ordem 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 27/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/21	53-Data, local e Carimbo 27/10/21
---------------	---	---	---	--------------------------------------

Anderson Lara e Silva
CRO 18381

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