



360031
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 27/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7801735	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025311175000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VALDECI DE JESUS GONCALVES	14-Telefone 27/09/1986	15-Nome do titular do plano VALDECI DE JESUS GONCALVES
---------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381		24-UF MG

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	08/09/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	08/09/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	08/09/20		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	08/09/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/09/20	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	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 este 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 08/09/20	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 08/09/20
---	---	---	---

Andersson Lara e Silva
CRO 18.381

08.09.20
ODONTODOC - RADIOLÓGICO
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICALTD
1264 - Sala 408
B. Alípio (S. M. 56) - CEP: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS