



404087
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/10	4-Data de Autorização 03/11/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7992643	7-Data Validade da Senha 12/01/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário 0020253271890000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DAYANE CRISTINA BARBOSA DE MORAES	14-Telefone 23/02/1993	15-Nome do titular do plano DAYANE CRISTINA BARBOSA DE MORAES
--	---------------------------	--

16-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	25 - 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) 81000421-
--	---	---------------------------	-------------	----------------	------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
--

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	RMSE		1	14,00	0,00		S	09/11/20		X Ospre
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	09/11/20		Ospre
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

33-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/20	34-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	35-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	36-Total Quantidade US 28,00	37-Valor Total R\$ 0,00	38-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 assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

39-Observação

43-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/20 Anderson Lara e Silva	44-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20 Anderson Lara e Silva	45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20 Ospre	46-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/20 ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
---	---	---	---

06.316.719/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS