



790179
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/21	4-Data de Autorização 22/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9320835	7-Data Validade da Senha 20/02/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0020254372380000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHELLE DE OLIVEIRA BRAGA GUIMARAES	14-Telefone () -
15-Data Validade da Carteira / /	
15-Nome do titular do plano MICHELLE DE OLIVEIRA BRAGA GUIMARAES	

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	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
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	RMSD		1	14,00	0,00	0,00	S	27/11/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00	0,00	S	27/11/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	0,00	S	27/11/21		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00	0,00	S	27/11/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/11/21	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 56,00	47-Total R\$ 06.316,719/0001-12	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 obrigações de pagamento 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, ao profissional contratado que estiver nessa documentação, 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/21 Anderson Lara e Silva CRO 18.381	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/21 Michelle de Oliveira Braga Guimarães	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 27/11/21
---------------	--	--	--	--

Av. Abílio Machado, 1264 - Sala (1011)
B. Alípio de Melo - Cep: 30.820-272

BELO HORIZONTE - MG