



729412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/21	4-Data de Autorização 05/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9139554	7-Data Validade da Senha 03/01/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202542407100000103	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 MACEDO DE AGUIAR					
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) 81000421-
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			07/10/21		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

3-Data Previsão Término do Tratamento 07/10/21	44-Tipo de Atendimento 18 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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 odontológico e a emissão da Guia de Tratamento Odontológico, bem como a emissão da Guia de Faturamento, e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a emissão da Guia de Tratamento Odontológico e da Guia de Faturamento, pelo profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

9-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/21 Anderson Lara e Silva CRO 18381	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 07/10/21 B. Alípio de Melo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/21 BELO HORIZONTE
--------------	---	---	--