



447480  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/01/21 | 4-Data de Autorização<br>05/01/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8172064 | 7-Data Validade da Senha<br>05/04/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                            |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202533975100000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ROMULO ALEXANDRE DE FREITAS       |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>ROMULO ALEXANDRE DE FREITAS |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                             |                                                           |                           |             |                       |                          |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                    | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTODOC          | 18-Número no CRO<br>18381 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>80071929649          | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANDERSON LARA E SILVA | 23-Número no CRO<br>18381 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANDERSON LARA E SILVA |                                                           | 27-Número no CRO<br>18381 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S       |                          |

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         | 0081000294                | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 222,00           | 0,00     |                                 | S      | 05/03/21              |                    |               |
| 2         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/01/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>222,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 esse 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<br>05/01/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/01/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/01/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>05/01/21 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Anderson Lara e Silva  
06078301

06.316.719/000112  
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS  
ODONTOLÓGICAS e DOCUMENTAÇÃO  
ODONTODONTOLÓGICA  
R. do Machado, 261 - Sala 406  
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000  
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS