



359991
INTERCAMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7801530	7-Data Validade da Senha 17/11/20
8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 00202529766800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ITAMAR ALVES VIANA			14-Telefone 15/01/1968	15-Nome do titular do plano ITAMAR ALVES VIANA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG
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
			025 - Faturar Empresa		

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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	22200	0,00			20/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/08/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 22200	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 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 20/08/20 Anderson Lara e Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/08/20
---------------	---	---	---	---

06.316.719/0001-15
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ODONTODONTICA LTDA
B. Alípio da Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS