



439334
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/20	4-Data de Autorização 18/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8138520	7-Data Validade da Senha 11/03/21
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202533848800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JESSICA DOS SANTOS CORREIA LOPES		14-Telefone 07/02/1993	15-Nome do titular do plano JEAN CARLOS CORREIA RODRIGUES		
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 (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	28-UF 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 Glor	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	18/12/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização 18/12/20	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 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, 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 18/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/20
---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
CNPJ 18.081.127/0001-12

ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS