

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 19/08/20		4-Data de Autorização 19/08/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7799664		7-Data Validade da Senha 17/11/20		359568 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
8-Número da Carteira 00202529766800000101				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ITAMAR ALVES VIANA																			
13-Nome ITAMAR ALVES VIANA				15/01/1968																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				18-Número no CRO 18381		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		23-Número no CRO 18381		24-UF MG		25-Código GNES		Enviar - RX (I) 81000405															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381		28-UF MG		29-Código CBO S																	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA																									
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- 0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA								1		7800		000						S		100820		x	
2-																									
3-																									
4-																									
5-																									
6-																									
7-																									
8-																									
9-																									
10-																									
11-																									
12-																									
13-																									
14-																									
15-																									
33-Data Previsão Término do Tratamento 100820		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 7800		47-Valor Total R\$ 000		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 100820				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 100820				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 100820				53-Data, local e Cartão da Empresa 100820													
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA LTDA Abílio Machado, 1264 - Sala 406 Alípio de Melo - Cep: 30.890-000 BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS																									