



363317
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/08/20	4-Data de Autorização 27/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818244	7-Data Validade da Senha 23/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531117500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VALDECI DE JESUS GONCALVES	14-Telefone () -	15-Data Validade da Senha 27/09/1986	16-Nome do titular do plano VALDECI DE JESUS GONCALVES
---------------------------------------	----------------------	---	---

17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	19-Número no CRD 18381	20-UF MG	21-Código CBO 09	22-Data Validade da Senha 025 -
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	---------------------	------------------------------------

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929849	24-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	25-Número no CRD 18381	26-UF MG	27-Código CNES	28-Data Validade da Senha Enviar - RX (I) 81000421-
--	---	---------------------------	-------------	----------------	---

29-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	30-Número no CRD 18381	31-UF MG	32-Código CBO
---	---------------------------	-------------	---------------

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 (a) Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	08/09/20		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Início do Tratamento 08/09/20	44-Tipo de Atendimento 2	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 Operador-Dentista Solicitante 08/09/20	51-Data, Local e Assinatura do Operador-Dentista 08/09/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 08/09/20
--	--	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18.381

ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
06.316.719.0001-12
BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS