



384428
INTERCÂMBIO

Registro ANS 106414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7911062	7-Data Validade da Senha 27/12/20
8-Nome do Beneficiário JORDANIA OLIVEIRA DA FONSECA F DIAS		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Data de Nascimento 23/05/1980		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JORDANIA OLIVEIRA DA FONSECA F DIAS		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CEO 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 () 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CEO S	

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
0	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	02/10/20		xgfe
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/20	44-Tipo de Atendimento 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 02/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa Machapí - Cep: 30.830-000 02/10/20
---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18381

06.316.110-0001-121
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICALIDA
Gela 406
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS