



566145
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/05/21	4-Data de Autorização 28/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8637755	7-Data Validade da Senha 25/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538064400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOEL AMORIM SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOEL AMORIM SANTOS	

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 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RPD (II) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (II) 81000405 (I) 81000375-RME
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	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabala	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.	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			28/05/21		
2.	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			28/05/21		
3.	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			28/05/21		
4.	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			28/05/21		
5.	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			28/05/21		
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/05/21	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 134,00	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 28/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/05/21
---------------	---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18381

06.316.719/0001-17
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ODONTODOC LTDA
CNPJ 06.316.719/0001-17
R. Antônio Machado, 153 - Sala 406
Bairro de Minas - Dep. 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS