



370258
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/2011	4-Data de Autorização 11/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7849538	7-Data Validade da Senha 03/12/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202530778200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DAIANA APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS	14-Telefone () -	15-Data de validade do plano 14/02/1983	15-Nome do titular do plano DAIANA APARECIDA DE OLIVEIRA 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 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
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CEO 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 Glosa	42-Assinatura
1-00345		DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	19/10/20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

3-Data Previsão Término do Tratamento 19/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 381,00	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.

3-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/10/20	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/20	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/20	54-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/20
---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18.381

06.316.719/0001-12
ODONTODOC RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ODONTODOC LTDA
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep. 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS