

1-Registro ANS
006414

3-Data de Emissão da Guia

24/07/20

4-Data de Autorização

06/08/20

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7734805

7-Data Validade da Senha

22/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202530344800000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

/ / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JAYNE REGINA DE MORAIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

ODONTODOC

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

80071929649

22-Nome do Contratado Executante

ANDERSON LARA E SILVA

18-Número no CRO

18381

19-UF

MG

20-Código CBO S

09

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 81000421-RIS

(I) 81000421-RPSE

23-Número no CRO

18381

24-UF

MG

25-Código CNES

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			06/08/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00			06/08/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

06/08/20

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

28,00

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(ram) 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

06/08/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

06/08/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

06/08/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

06/08/20

06.316.719/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTODOC - RADIOLOGICAS E DIAGNOSTICACAO
ORTODONTICA
Av. Abílio Machado, 114 - Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS