



366.100
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Cota de Emissão da Guia 2/9/10/8/12/0	4-Data de Autorização 01/10/8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 7832444	7-Data Válido de da Senha 2/7/11/12/0
Dados do Beneficiário					
6-Número de Carteira 0320253166070000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cg tão Nasce tal de São Ig	
13-Nome WELLINGTON MARCIO COSTA		14-Telefone 21/02/1973	15-Nome do titular de plano WELLINGTON MARCIO COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-U.F. MG	20-Código CBO II 09	025 - Faturar Em presa
21-Código na Operadora / CVPJ / C/PF 80071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNEIS	Env ar - R4 (I) 8100421- (I) 8100421- (I) 8100421-
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO II	(I) 8100421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação	39-A.J.	40-Data de Realização	41-Ativo da Ilona	42-Signatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		8	05/09/20		X
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		8	05/09/20		X
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		8	05/09/20		X
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		8	05/09/20		X
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/09/20	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 156,00	47-Valor Total R\$	48-Total F. ampla / G. -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 suprir as orientações do profissional assessor e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(fo)ram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional de tratamento 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 05/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/09/20
---------------	---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18381

ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
Alameda da Liberdade, 264 - Sala 406
Cidade de Minas Gerais