



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/19 6/12/20 4-Data de Autorização 10/5/19 6/12/20 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7609886 7-Data Validade da Senha 10/1/19 19/12/20

319826
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/012/02 5/3/01 9/1/0/0/0/0/0/0/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ERICA MAIRA DOS SANTOS

14-Telefone () 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1

15-Nome do titular do plano ERICA MAIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC

18-Número no CRO 9461

19-UF MG

20-Código CBO S 09

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12/3/2/3/0/1/2/6/6/5/3 22-Nome do Contratado Executante GILBERTO ANTONIO SILVA

23-Número no CRO 9461

24-UF MG

25-Código CNEF

26-Nome do Profissional Executante GILBERTO ANTONIO SILVA

27-Número no CRO 9461

28-UF MG

29-Código CBO S

Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RME (I) 81000421-RII (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE

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-	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS	1	1 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	05/10/20		
2-	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RII	1	1 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	05/10/20		
3-	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	05/10/20		
4-	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	05/10/20		
5-	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	05/10/20		
6-	0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	05/10/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/10/20 44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1

46-Total Quantidade US 8 4,0 0

47-Valor Total R\$ 0,0 0

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 05/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1/1/1/1/1/1/1/1/1/1

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/20

o Documento Odontológico