



426219
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8083622	7-Data Validade da Senha 22/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533598400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEIDIANE MESQUITA PORTO OLIVEIRA		14-Telefone 12/08/1982	15-Nome do titular do plano LEIDIANE MESQUITA PORTO OLIVEIRA		
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 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	Enviar - RX (I) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-RII

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				26/11/20		Leidiane
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00				26/11/20		Leidiane
3-	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00				26/11/20		Leidiane
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	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 409,00	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 pagar 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 26/11/20 Anderson Lara e Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 Anderson Lara e Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Leidiane Mesquita Porto Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20 Odontodoc - Radiografias Odontológicas e Documentação Odontológica LTDA
---------------	---	---	--	---

Anderson Lara e Silva
CRM 10-361

06.316.719/0001-15
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ODONTOLÓGICA LTDA
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 406
B. Vespasiano de Almeida
B. Horizonte - MINAS GERAIS