

442949
INTERCÂMBIO

1-Registro/ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/8/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 81554462	7-Código de Autorização da Carteira 11/7/10 13/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	0020253399570000102
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Vencida da Carteira	11/11/11
12-Número do Certificado	

13-None

MARIA DE MOURA

02/09/1968

14-Elisione
(L L) L L L L - L L L L

CHAI ELI INDIANE DA SILVA

LVA

Dados do Contralado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Norma do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Exercente	23-Número no CRO	24-Uf	25-Código CUBS
110679177647	DANIEL FELIPE NUNES	43418	MG	
Enviar - RX (1) 87000405				

Enviaar - RX
(1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante

26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CRO S
--	----------------------------------	--------------------	-----------------

MG

1

--	--

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Processamento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Cliu	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data
100	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			S

RADIOGRAFIA PANORĂMICA

[illegible]43-Data Previsto Término do Tratamento
29/11/2017

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento
12/11/2016	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-1-Total 2-Parcial
46-Valor cobrado em R\$		47-Valor cobrado em R\$
100,00		100,00

Accepted for authorization

o a evacuação do tratamento com prometando-n

morir as orien

ações do profissional

ente e arcar com os custos prev

vistos

referências ao (re)arranjo realizado, comprovando-se que a obra foi realizada com os custos previstos em contrato.

1

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11	11/11/11	11/11/11	11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

02-09-2017, 10:00 AM

1911

ODDAPPODOCC LTD,
CNPJ: 06.989.000/1-2