



395560  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2011	4-Data de Autorização 15/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956958	7-Data Validade da Senha 12/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0020253240130000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA EDUARDA SOARES DE PAULA	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano PAOLA APARECIDA SOARES DOS SANTOS
--	----------------------	--

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- (I) 81000421- (I) 81000421-
--	---	---------------------------	-------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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	RMSD		1	14,00	0,00		S	22/10/11		Paola
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	22/10/11		Paola
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	22/10/11		Paola
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	22/10/11		Paola
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Revisão Término do Tratamento 22/10/11	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	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/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 22/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/11 Anderson Lara e Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/11 Paola Aparecida Soares dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/11
---	---	---	---

**06.316.719/0001-12**  
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS  
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO  
ORTODONTICALTDA  
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 406  
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000  
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS