



553452
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/05/21	4-Data de Autorização 17/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8594042	7-Data Validade da Senha 15/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Endereço do Beneficiário 00202537712900000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome BRUNO HENRIQUE SANTOS DE SANTANA	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano SIMONE APARECIDA GUSMAO
---	----------------------	--

Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	225 - 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 (II) 81000421-RPIE
--	---	---------------------------	-------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421- (II) 81000421-
---	---------------------------	-------------	-----------------	------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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	0,00			19/05/21		X
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			19/05/21		X
3-0081000421		RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			19/05/21		X
4-0081000421		RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			19/05/21		X
5-0081000421		RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00			19/05/21		X
6-0081000421		RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			19/05/21		X
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/05/21	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 84,00	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 me entregou este 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 19/05/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/21	52-Data, local e Carimbo da Empresa 19/05/21
---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18381

06.316.719/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
AV. Abílio Machado, 264 - Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS