



613728
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/21	4-Data de Autorização 09/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8793650	7-Data Validade da Senha 06/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

13-Nome ELIAQUIN ALVES PEGO	14-Telefone 26/11/1994	15-Nome do titular do plano ELIAQUIN ALVES PEGO
--------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	205 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421-
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA		26-UF MG	
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	32/10/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	32/10/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	32/10/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/07/21	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 106,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

Andersom Lara e Silva
09/07/2021

06.316.7100001-73
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
Belo Horizonte - Minas Gerais