



460428
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 1 0 1 1 2 1	4-Data de Autorização 2 6 1 0 1 1 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8225964	7-Data Validade da Senha 2 2 1 0 4 1 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 7 6 1 8 0 0 0 0 0 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa BELO HORIZONTE CAMARA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FLAVIA NOLASCO DA SILVA	14-Telefone 26/05/1983
15-Nome do titular do plano FLAVIA NOLASCO DA SILVA	

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 8 0 0 7 1 9 2 9 6 4 9	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA
23-Número no CRO 18381	24-UF MG
25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-RPIE (1) 81000421- (1) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381
28-UF MG	29-Código CBO S

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-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1 4 0 0	0 0 0	S		26/10/21		[Assinatura]
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 0 0	0 0 0	S		26/10/21		[Assinatura]
3-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID		1	1 4 0 0	0 0 0	S		26/10/21		[Assinatura]
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Revisão Término do Tratamento 26/10/21	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 4 2 0 0	47-valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franchise / Co-participação R\$
---	---	--	---	---------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propositos, 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), 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
 Beneficiária assinou no local escudo.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/21
---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
 CRO 18.381

06.316.719/0001-12
 ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
 ODONTODOC - RADIOLÓGIA E DOCUMENTAÇÃO
 ODONTODOC - RADIOLÓGIA E DOCUMENTAÇÃO
 ODONTODOC - RADIOLÓGIA E DOCUMENTAÇÃO
 Av. Abílio Machado, 1204 - Sala 406
 B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
 BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS