

2-N^o

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/4/11 01/12/11	4-Data de Autorização 10/4/11 01/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9135124	7-Data Validade da Senha 01/2/11 01/12/21
--------------------------	---	---	------------------------------	---------------------------------------	--

728118
INTERCÁMBIO

8-Número da Carteira 1 0 1 0 2 0 2 5 1 1 7 6 1 2 1 2 0 0 1 7 5 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GERALDO PERES DA SILVA	29/09/1954	14-Telefone (_ _) _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano MARA DENISE DE FREITAS PERES	

Faturar Empresa

15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICERTA	18-Número no CRO 23855	19-UF MG	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103212118511650111	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTÉRIO	23-Número no CRO 23855	24-UF MG	25-Código CNES
16-Nome do Profissional Executante ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTÉRIO	27-Número no CRO 23855	28-UF MG	29-Código CBO S	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Data Regio	34- Fato	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Gosa 42- Assinatura /
------------	----------------------------	---------------	----------------	----------	---------	-------------------	-----------	----------------------------------	---------	------------------------	-------------------------------------

[illegible]

3-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
04/10/2011	☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	6100	0100	

cedar, 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(ram) 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.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	09/11/2021
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	09/11/2021
52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável	09/11/2021
53-Data, local e Carimbo da Empresa	09/11/2021

Paula de V. Ministerio
CRO-MG: 23.855

05.8.1