



1673825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/23	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO	6-Número da Guia Principal 11854426	7-Data Validade da Senha 04/02/24
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500312102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RAQUEL VIEIRA MAMBRINI	14-Telefone 28/01/1984	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MAURICIO VALADAO MARTINS
-----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON LARA E SILVA	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06316719000112	22-Nome do Contratado Executante ODONTODOC RADIOGRAFIA TOMOGRAFIA E	23-Número no CRO 22249	24-UF MG	25-Código CNES 9741445
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000480

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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			06/11/23		x all
2-	0081000480	TELERRADIOGRAFIA COM			1	110,00	49,50			06/11/23		x all
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/23	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 0,00	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.

9-Observação

0-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/23
--	---	---

Marcio L. Pedersoli
CRO-MG 22249

06.316.71910001-12
ODONTODOC RADIOGRAFIAS
ODONTODOC RADIOGRAFIAS E DOCUMENTAÇÃO
ODONTODOC RADIOGRAFIAS E DOCUMENTAÇÃO LTDA
ORTODONTICA 1264-Sala 1011
Av. Abílio Machado, 1264-Sala 1011
B. Alípio de Melo - Cep: 30.820-272
BELO HORIZONTE - MG