



567633
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/21	4-Data de Autorização 04/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8643204	7-Data Validade da Senha 26/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536830100000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APARECIDA KATIA MOREIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome STEFANE LAIS MOREIRA GOMES		14-Telefone 25/06/1993	15-Nome do titular do plano APARECIDA KÁTIA MOREIRA		
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 80071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES	
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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			19/06/21		xstefane
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/06/21	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Falhamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	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 19/06/21 Anderson Lara e Silva	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/21 Stefane Laís	52-Data, local e Assinatura do Carimbo da Operadora 19/06/21
---------------	---	--	---

06.316.719/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTODOC - DOCUMENTAÇÃO
ODONTODOC - TDA
Av. Abílio Machado, 1244 - Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS