



685008
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 0 8 / 2 1	4-Data de Autorização 3 1 / 1 0 8 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9006412	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FERNANDO JOSE MENDES		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 0 3 7 7 1 0 0 0 0 1 0 1		13-Nome FERNANDO JOSE MENDES		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FERNANDO JOSE MENDES			

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		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
1-0 0	3 4 5	DOC ORTODONTICA "A"			1	3 8 1,0 0	0,0 0		S	3 1 / 1 0 8 / 2 1		
2-0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4,0 0	0,0 0		S	3 1 / 1 0 8 / 2 1		
3-0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIL		1	1 4,0 0	0,0 0		S	3 1 / 1 0 8 / 2 1		
4-0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4,0 0	0,0 0		S	3 1 / 1 0 8 / 2 1		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 3 1 / 1 0 8 / 2 1	44-Tipo de Atendimento 1 2 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 4 2 3,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0 0
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	--

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 3 1 / 1 0 8 / 2 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável ANDERSON LARA E SILVA CRO 18381	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 3 1 / 1 0 8 / 2 1	53-Data, local e Carimbo da Empresa 3 1 / 1 0 8 / 2 1
--	---	--	--

06.316.719/0001-12
ODONTODOC RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
Av. Abílio Machado, 1.264 Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MG