



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/6/10 11/21	4-Dia de Autorização 10/6/10 11/21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8173653	7-Dia Validado da Serona 10/6/10 14/21
--------------------------	---	---------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

448053
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira	0 0 2 0 2 5 2 4 9 4 7 7 0 0 0 0 0 3 0 1
10-Endereço	JANAINA ISABEL PARAIZO
11-Dade validade da Carteira	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
12-Numero do Cartão	
13-Nome	VANIA LUCIA MONTEIRO
14-Telefone	() - - - - - - - - - -
15-Nome do titular do plano	VANIA LUCIA MONTEIRO
8-Plano	POS REDE PRESTADORA
13-Nome	VANIA LUCIA MONTEIRO
15-Nome do titular do plano	VANIA LUCIA MONTEIRO
29/10/1954	

Dados do Contratante - Responsável pelo Tratamento	
16 - Atendimento a RN N	17 - Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC
18 - Número no CRO 12838	
19 - UF MG	20 - Código CBO S 09

025 -
Faturar Empresa

24-Código na Dispositiva / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Examinante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CMES	Enviar - RX
7 4 2 2 5 2 5 1 6 9 1	ALMIRIO JOSE BORELI	12838	MG		(i) 81000405
26-Nome do Profissional Examinante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO's		(i) 81000421-R
ALMIRIO JOSE BORELI	12838	MG			(i) 81000421-RPIE

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 no 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.

Ass. Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/07/2017	11/11/17	08/10/17 R. Vania	08/10/17

ODONTODOC_RADIografias ODONT.
TOMOGRAFIA DOC. ORTODONTICA LTDA