



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 11/06/2016	4-Data de Autorização 19/06/2016	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7635613	7-Data Validade da Serinha 14/09/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

324722
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202511761200111101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome VANUSA MONICA MARINHO	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano VANUSA MONICA MARINHO
----------------------------------	--------------------	--

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 12838	19-UF MG	20-Código CBO S 09
------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1714225125116911	22-Nome do Contratado, Executante ALMIRIO JOSE BORELI	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CNES (1) 81000421- (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RME (1) 81000375-RPD
---	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI	27-Número no CRO 12838	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-Moivo da Classe	42-Moivo da Classe
1-0	0	81000375-RPE	RPSP	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
2-0	0	81000375-RMD	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
3-0	0	81000375-RPD	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
4-0	0	81000375-RPE	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
5-0	0	81000375-RMD	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
6-0	0	81000375-RPD	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
7-0	0	81000375-RPE	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
8-0	0	81000375-RMD	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
9-0	0	81000375-RPD	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
10-0	0	81000375-RPE	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
11-0	0	81000375-RMD	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
12-0	0	81000375-RPD	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
13-0	0	81000375-RPE	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
14-0	0	81000375-RMD	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22
15-0	0	81000375-RPD	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	12/06/2016	22	22

43-Data Provisão Termino do Tratamento 22/06/2016	44-Tipo de Aliamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 70,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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 Solidante 22/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/06/2016	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/06/2016	54-Data, local e Assinatura do Profissional 22/06/2016
---------------	---	---	---	--	---

e Documentação Odontológica Ltda.