



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2019	4-Data de Autorização 03/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7841038	7-Data Validade da Senha 01/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

368322
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511761200007901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

GEORGIA ALINE VIEIRA CHEQUER

25/01/1978

14-Telefone

(31) 3477-8187

15-Nome do titular do plano

GEORGIA ALINE VIEIRA CHEQUER

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 CEO 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

Enviar - RX

(1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante

ANDERSON LARA E SILVA

27-Número no CRO

18381

28-UF

MG

29-Código CEO S

(1) 81000421-

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	08/09/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	08/09/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento

08/09/20

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

128,00

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 Solicitante

08/09/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

08/09/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

08/09/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

08/09/20

ODONTODOC RADIOGRÁFICAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDAAdílio Machado - 1264 - Sala 408
Beleza e Sorriso - Rep. 31.633.000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS