



573595
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/2011	4-Data de Autorização 08/06/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8663119	7-Data Validade da Senha 02/09/2011
8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 00202536830100000103		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa APARECIDA KATIA MOREIRA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome GABRIELA EDUARDA MOREIRA GOMES		15-Data 04/07/2008	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano APARECIDA KATIA MOREIRA	
18-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 19-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		20-Código CBO S 09
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	

025 -
Faturar Empresa

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
1-00	345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00			19/06/2011		X Stefane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/06/2011	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 381,00	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 19/06/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/06/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/2011 X Stefane	53-Data, local e Carimbo da Operadora 19/06/2011
---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 16.381

08.316.7190001-2
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LIDA
BY Abilio Machado, 1204 - Sala 404
Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS