

566129
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 5 / 2 1	4-Data de Autorização 2 7 / 0 5 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8637747	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 8 / 2 1
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 6 0 6 5 5 0 0 2 8 3 1 0 3			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ADRIANO GUEDES LIMA			14-Telefone 06/04/1975	15-Nome do titular do plano MICHELLE CRISTINA BARBOSA RAMALHO	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC					
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		18-Número no CRO 18381	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381		19-UF MG	
				20-Código CBO S 09	
				24-UF MG	
				25-Código CNES	
				28-UF MG	
				29-Código CBO S	
23-Número no CRO 18381					
25-Código CNES					
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 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID		1	1 4 0 0	0 0 0			28/05/21		
2	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 0 0	0 0 0			28/05/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/05/21	44-Tipo de Atendimento 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 28/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/05/21
---	---	---	---

06.316.719/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTOLÓGICA
B. Alípio de Melo
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS