



656399
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/21	4-Data de Autorização 11/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8926843	7-Data Validade da Senha 09/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FERNANDO JOSE MENDES		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020254037710000102									
13-Nome CRISTIANO DAVIDSON CAMILO DA LUZ				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FERNANDO JOSE MENDES			
				14/03/1987					

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 CBO 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		26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	
												28-UF MG	
												29-Código CBO S	
												(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME	
												(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE	

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-	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	11/08/21		
2-	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	11/08/21		
3-	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	11/08/21		
4-	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	11/08/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/21	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 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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, o valor devido, conforme 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 11/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/21 ANDERSON LARA E SILVA CRO 18.381	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/21
---	--	---	---

06.316.719/0001-12
ODONTODOC RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICALTD
Av. Adílio Machado, 1.204 Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MG