



748377
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/21	4-Data de Autorização 21/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9199288	7-Data Validade da Senha 19/01/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202506065500077902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA PAULA RIBEIRO DE MORAES		14-Telefone (31) 0000-0031		15-Data Validade da Senha 06/04/1976			
15-Nome do titular do plano ROGERIO RESENDE MORAES							

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRD 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 CRD 18381	24-UF MG	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRD 18381		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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	000		S	29/10/2021		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/10/21	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 22200	47-Valor Total R\$ 000	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 obrigações do contrato, assinando as despesas 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, 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 29/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional 29/10/21
---------------	---	---	---	---

06 316 719/0001-121

ODONTODOC RADIOGRÁFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO

ORTODONTICA LTDA

Av. Abílio Machado, 1264 - Sala (1011)

B. Alípio de Melo - Cep: 30.820-272

B. Alípio de Melo HORIZONTE - MG

Anderson Lara e Silva
CRO 18.381

Ana Paula Ribeiro de Moraes

Alípio de Melo