



592936
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/21	4-Data de Autorização 07/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8726472	7-Data Validade da Senha 12/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511761800001601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa Belo Horizonte Camara	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULO GOMES SANTIAGO		14-Telefone 09/06/1965 () -	15-Nome do titular do plano PAULO GOMES SANTIAGO	

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	

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
1-00	81000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			07/07/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/07/21	44-Tipo de Atendimento 3	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	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(ram) 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/07/21 Anderson Lara e Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/21 Paulo Gomes Santiago	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/07/21 B. Apoio de Mto - Cep 30.830-000
---------------	---	--	--

ODONTODOC - RADIOLÓGICOS E DOCUMENTAÇÃO
ODONTOLÓGICA LTDA
Rua... 1264 - Sala 406
Belo Horizonte - Minas Gerais