



381157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/2010	4-Data de Autorização 06/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7896304	7-Data Validade da Senha 21/12/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202506065500077903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome VICTOR LUCAS RIBEIRO MORAES		14-Telefone (31) 0000-0031	15-Data de Nascimento 16/09/2008		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA		23-Número no CRO 18381	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381		28-UF MG	
29-Código CBO S 09		30-Código CBO S 09		31-Código CBO S 09	
32-Valor 025 - Faturar Empresa					
33-Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 81000421-					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	20/10/2010		Paula
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	20/10/2010		Paula
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	20/10/2010		Paula
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	20/10/2010		Paula
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	20/10/2010		Paula
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/2010	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 70,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia/Co-participação RS 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 assinar 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 20/10/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 20/10/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa Operadora 20/10/10
---	---	---	---

ANDERSON LARA E SILVA
CRO 76.381

106.316.710/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRÁFICAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
SALA 408
DE BELO HORIZONTE
B. GERAIS