



390559
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 7936419	7-Data Validade da Senha 04/01/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511761200016801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUZIA SOARES DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUZIA SOARES DA SILVA
----------------------------------	----------------------	--

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 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

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
---	---------------------------	-------------	-----------------

Enviar - RX
(I) 81000405 (I) 81000375-RPE
(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
(I) 81000375-RPD

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
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			21/10/2020		
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			21/10/2020		
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			21/10/2020		
4-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			21/10/2020		
5-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			21/10/2020		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/20	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 0,00	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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/20
---	---	---	---

Anderson Lara e Silva
CRO 18381

06.316.719/0001-21
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ODONTOLÓGICA
Av. Adílio Machado, 426 - Sala 408
B. Alípio de Melo - 30280-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS