



360178
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/2010	4-Data de Autorização 06/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7802476	7-Data Validade da Senha 17/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202521185500010304		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 PABLO JULIANO FERNANDES PACHECO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAIME PACHECO	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA						18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S 04		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601						22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO						23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO						27-Número no CRO 44158						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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/10/2010		Pm Paulo
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/2010	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 34,00	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 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 06/10/2010 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2010 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2010 Pm Paulo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2010
---	---	--	---

SETE LACOS - MG