



334683
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 13/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7684499	7-Data Validade da Senha 04/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500126901		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 THATIANA LAURINE MOREIRA DA SILVA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano THATIANA LAURINE MOREIRA DA SILVA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS		18-Número no CRO 41976		19-UF MG		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08578545699		22-Nome do Contratado Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA		23-Número no CRO 41976		24-UF MG		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA		27-Número no CRO 41976	
						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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	13/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 61,00	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 Inviável 24-8-20		CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTO PLUS LTDA CNPJ: 21.401.745/0001-32 CRO-MG 4470	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/07/20

Walquiria Oliveira Zica
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 41976