



429189
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011 4-Data de Autorização 10/8/11 2/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8095921 7-Data Validade da Senha 12/5/11 012/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 1 0 2 5 0 6 0 6 5 5 0 0 3 4 7 4 0 5 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ISABELA DE SOUZA ALVES

30/10/2011

14-Telefone (11) 0 0 0 0 1 0 0 3 1 1

15-Nome do Titular do plano CLAYSON JOSE DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 43418 19-UF MG 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11 0 6 7 9 1 7 7 6 4 7 22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES 23-Número no CRO 43418 24-UF MG 25-Código CNES 01 81000405 26-UF MG 27-Número no CRO 43418 28-UF MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX

28-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atividade
1	0 0 1 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		17,8	10,0	0,0		08/11/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Payvasco Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
08/11/2011	181-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	17,8	10,0								

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-Usuação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

08/11/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Capitão

08/11/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

08/11/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa

08/11/2011

Daniel Felipe Nunes
CRO-MG 43.418

ODONTODOC LTDA
CNPJ: 19.096.408/0001-34