



332389
INTERCAMBIO

1-Regente ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/11/07 3-Data de Autorização 10/11/07 4-Sente AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7675091 7-Data Validade da Sente 12/9/10 8-Data Validade da Sente 12/9/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210215061615500172802 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 LETICIA APARECIDA GONCALVES 30/12/1978 14-Teléfono (131) 86221315 15-Nome do titular do plano ROBSON ALVES FERREIRA DE MELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 9461 19-UF MG 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 123230126653 22-Nome do Contratado Estudante GILBERTO ANTONIO SILVA 23-Número no CRO 9461 24-UF MG 25-Código CNES 5819011 26-Enviar - RX 27-Número no CRO 9461 28-UF MG 29-Código CBO S 2900421- 025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante GILBERTO ANTONIO SILVA

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 Guisa	42- Assinatura
1-00	8100421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00	10,00	10/07/20	10/07/20	10/07/20	10/07/20
2-00	8100421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	14,00	0,00	10,00	10/07/20	10/07/20	10/07/20	10/07/20
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/07/20 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 28,00 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 ancar 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa 54-Data, local e Assinatura da Empresa 55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa 57-Data, local e Assinatura da Empresa 58-Data, local e Assinatura da Empresa 59-Data, local e Assinatura da Empresa 60-Data, local e Assinatura da Empresa