



1310270
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2013	4-Data de Autorização 07/10/2013	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10806734	7-Data Validade da Serão 24/10/2013
8-Declaro de Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202543991800234402	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa ONHIGHWAY BRASIL LTDA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número da Carteira Nacional de Saúde	
14-Nome EVERALDO RODRIGUES FILHO		15-Data de Nascimento 15/09/1987	16-Telefone () - - - - -	17-Nome do titular do plano DILMA SOUZA ALMEIDA RODRIGUES	
18-Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Atendimento a RN N	20-Nome do Profissional Solicitante MARIANA MOREIRA NASCIMENTO	21-Número no CRO 35920	22-UF MG	23-Código CBO S 025 -	24-Faturar Empresa
25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06646649626	26-Nome do Contratado Executante MARIANA MOREIRA NASCIMENTO	27-Número no CRO 35920	28-UF MG	29-Código CBO S	
30-Nome do Profissional Executante MARIANA MOREIRA NASCIMENTO					

Form de Tratamento / Procedimento Solicitado													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura	
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/03/2013		Priscilla	
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			15/03/2013		Priscilla	
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			15/03/2013		Priscilla	
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			15/03/2013		Priscilla	
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			15/03/2013		Priscilla	
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento				45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				1-Total 2-Parcial		174,00		0,00			

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 10/11/2013 Mariana	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2013 Mariana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2013 Priscilla	53-Data, local e Cessão da Empresa 10/11/2013	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente Dra. Mariana M. Nascimento Endodontia/Odontopediatria CRO-MG 35920
---------------	---	---	---	--	--