



418652
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/11 4-Data de Autorização 12/0/11 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8052096 7-Data Validade da Guia 11/1/10 8-Data Validade da Guia 11/2/11

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIEL AMBROSIO FERREIRA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano EVANDRO FERREIRA DA COSTA

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 09 225 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RPID (I) 81000405 (I) 81000421-RII

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1106791177647 22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES 23-Número no CRO 43418 24-UF MG 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 43418 28-UF MG 29-Código CBO S 30-Código CBO S 31-Código CBO S 32-Código CBO S 33-Código CBO S 34-Código CBO S 35-Código CBO S 36-Código CBO S 37-Código CBO S 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glor 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faço	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-010	811000421	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	14,00	0,00					04/12/2014
2-010	811000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00					04/12/2014
3-010	811000421	RX PERIAPICAL	RIL	1	1	14,00	0,00					04/12/2014
4-010	811000421	RX PERIAPICAL	RMI	1	1	14,00	0,00					04/12/2014
5-010	811000421	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	17,80	0,00					04/12/2014
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/12/2014 44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela 46-Total Quantidade US 1134,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/12/11/2014 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/12/11/2014 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/12/11/2014 53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/12/11/2014

Dado, 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), ocorreram 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

ODONTODOC LTDA.
CNPJ: 15.809.401/0001-94