



354271
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2011	4-Data de Autorização 02/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7775281	7-Data Validação da Senha 08/11/2011
8-Número da Carteira 00202521185500038004		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LAURA DE ALMEIDA GUARANI SILVA			14-Telefone 23/04/2011	15-Nome do titular do plano LUCIVANIO APARECIDO DA SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				27-Número no CRO 44158	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/11/2011		<i>Jessica Barbosa</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/2011	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 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 e a pagar 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 o profissional contratado, que assumirá a responsabilidade pelo tratamento, 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 02/11/2011 <i>Jessica Barbosa</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2011 <i>Jessica Barbosa</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2011 <i>Lucivânio</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2011 <i>Clínica Odontológica Jéssica Barbosa Ltda</i>
---------------	--	--	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG