



625761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/2015	4-Data de Autorização 20/07/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8833125	7-Data Validade da Senha 18/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500325702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BERNARDO SOUZA SILVA		14-Telefone 11/08/2015	15-Nome do titular do plano ELIABE JESUBE OLIVEIRA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES	18-Número no CRO 51087	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04212478609	22-Nome do Contratado Executante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES	23-Número no CRO 51087	24-UF MG	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante JOSE LUCAS SANTOS ESTEVES		27-Número no CRO 51087	28-UF MG	29-Código CBO S

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 Classe 42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/07/2015	
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	20/07/2015	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 106,00	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 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-Observação

--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/2015 José Lucas Santos Esteves Cirurgião-Dentista CRO-MG 51087	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/2015 José Lucas Santos Esteves Cirurgião-Dentista CRO-MG 51087	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/2015	53-Data, local e Caimbo da Empresa / /
---	---	---	---