



389722
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 07/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932786	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202506065500060904									
13-Nome ROSANGELA DE FATIMA FERREIRA JULIO				14-Telefone (31) 3322-3436		15-Nome do titular do plano SILVIO TULIO DE MOURA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS	18-Número no CRO 41976	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08578545699	22-Nome do Contratado Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA	23-Número no CRO 41976	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA		27-Número no CRO 41976	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
2-										/ /		
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 61,00	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 Solicitante 07/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/20
---	---	---	---

Walquiria Oliveira Zica
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 41976
CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTO PLUS LTDA
CNPJ: 21.401.745/0001-32
CRO-MG 4470