



513671
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/11/2014

4-Data de Autorização
10/11/2014

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8444274

7-Data Validade da Seria
13/10/2016

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número de Carteira
1002102506065500056602

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
ANDREIA MARIA DIAS DA SILVA DOS REIS

31/08/1980

15-Nome do titular do plano
LAURO JOSE DOS REIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTODOC

18-Número no CRO
43418

19-UF
MG

20-Código CBO S
09

25-Código CNES
Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante
DANIEL FELIPE NUNES

27-Número no CRO
43418

28-UF
MG

29-Código CBO S

21-Código no Operadora / CNPJ - CPF
110679177647

22-Nome do Contratado Executante
DANIEL FELIPE NUNES

23-Número no CRO
43418

24-UF
MG

25-Código CNES
Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante
DANIEL FELIPE NUNES

27-Número no CRO
43418

28-UF
MG

29-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante
DANIEL FELIPE NUNES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Será
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	40949	
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	40949	
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	40949	
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	40949	
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento
10/11/21

44-Tipo de Atendimento
2-1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
156,00

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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(ram) 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
10/11/2014

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/2014

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2014

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/11/2014

ODONTODOC LTDA
CNPJ: 19.806.406/0001-94