



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/10/06/12/11	4-Data de Autorização 10/14/10/06/12/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8663294	7-Data Validade da Santa 10/12/10/09/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

573662
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021510606551001189604	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome HEITOR ANDERTON DE PAULA	14-Teléfono (131) 1010101010101010	15-Nome do titular do plano VALDINEI SATURNINO DE PAULA
-------------------------------------	---------------------------------------	--

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 CEO S 09
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110677911776471111	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
---	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante
DANIEL FELIPE NUNES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentis/Região	34-Fraço	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	78	10	0	0,10	0	15	10/06/21		
2-11												
3-11												
4-11												
5-11												
6-11												
7-11												
8-11												
9-11												
10-11												
11-11												
12-11												
13-11												
14-11												
15-11												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/10/21	44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-2-Tipo de Atendimento 1-Tipo de Atendimento	46-Total Quantidade US 78,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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, na 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

10/11/10/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/18/10/06/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/18/10/06/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

10/18/10/06/12/11

ODONTODOC L.TDA.
CNPJ: 12.123.456/0001-12