



539293
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/01/05 12 11		4-Data de Autorização 11/11/11		5-Senha ABERTO		6-Número da Guia Principal 539293		7-Data Validade da Senha 13/01/07 12 11	
8-Número da Carteira 000202506065500069702		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número da Carteira Nacional de Saúde			
13-Nome CINTIA APARECIDA SILVA ROCHA COIMBRA		14-Telefone (11) 348517948		15-Nome do titular do plano CRISTIANO DE SOUZA COIMBRA							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA		18-Número no CRO 39384		19-UF MG		20-Código CBO S 01		025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 070953016111		22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 39384		24-UF MG		25-Código CNES Enviar - RX (1) 85200085-36			
26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 39384		28-UF MG		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença	42-Assinatura
1-0	08100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	34,00	0,00	0,00			10/05/21		
2-0	08520085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	36	1	50,00	0,00	0,00			10/05/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/05/21	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 84,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-parte-pagão R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	--

Declara, 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(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
sendo protético realizado por 1º. profissional com CRO (habilitado).

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21 DR. B. DENTISTA CRO-MG 333333	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21	53-Data, local e Cartão da Empresa 10/05/21
---	---	---	--