



1326329
INTERCÂMBIO

1-Registro ANO 406414	3-Dia de Emissão da Guia 03/10/2013	4-Dia de Autorização 07/10/2013	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10855997	7-Dia Válido da Seria 04/10/2013
8-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa ONHIGHWAY BRASIL LTDA	11-Dia Válido da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DILMA SOUZA ALMEIDA RODRIGUES			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DILMA SOUZA ALMEIDA RODRIGUES	
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 13/10/1987					
18-Alinhamento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA MOREIRA NASCIMENTO		19-Número no CRO 35920	19-UF MG	20-Código CBO E 025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora (CNPJ) / CPF 06646649626	22-Nome do Contratado Encarregado MARIANA MOREIRA NASCIMENTO		23-Número no CRO 35920	24-UF MG	25-Código CNEB Enviar - RX
26-Nome do Profissional Encarregado MARIANA MOREIRA NASCIMENTO			27-Número no CRO 35920	28-UF MG	29-Código CBO E (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cidade/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VM	1	88,00	0,00	0,00		14/10/2013		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00	0,00		14/10/2013		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	88,00	0,00	0,00		13/10/2013		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	43	VD	1	88,00	0,00	0,00		23/10/2013		
5	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMPD	1	122,00	0,00	0,00		14/10/2013		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alinhamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 474,00	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 no 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 Grupo/Clínica Solicitante 03/10/2013 Mariana	51-Data, local e Assinatura do Grupo/Clínica Dentista 03/10/2013 Mariana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2013 Dilma Souza Almeida Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/2013
---------------	--	---	---	---

Dra. Mariana M. Nascimento
Endodontia/Odontopediatria
CRO-MG 35920