



2-Nº

417798
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/21/11/12/10 4-Data de Autorização 11/18/11/11/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8047952 7-Data Validade da Senha 11/01/10/12/11/11

8-Número da Carteira 100202521185600003403 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade de Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DAVI DINIZ CAMILO DA SILVA 14-Telefone (1311) 2555212615 15-Nome do Titular do plano LEONARDO CAMILO DA SILVA

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FABIOLA DULCE MONTEIRO 18-Número no CRO 27085 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104201121617679 22-Nome do Contratado Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO 23-Número no CRO 27085 24-UF MG

25-Nome do Profissional Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO 26-UF MG 27-Número no CRO 27085 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rc/União	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo ou Classe
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00		19/11/20	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Fim do Tratamento 11/11/20 44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial 45-Tipo de Faturamento 3-4-10 46-Total Quantidade US 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 apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me e 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Chirurgo-Dentista Solicitante 19/11/20 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 52-Data, local e Assinatura do Profissional 53-Data, local e Cartão da Empresa 54-Data, local e Assinatura do Profissional 55-Data, local e Assinatura do Profissional 56-Data, local e Assinatura do Profissional 57-Data, local e Assinatura do Profissional 58-Data, local e Assinatura do Profissional 59-Data, local e Assinatura do Profissional 60-Data, local e Assinatura do Profissional

FABIOLA DULCE MONTEIRO
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-MG: 27085