



710541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 1 / 0 9 / 2 1	4-Data de Autorização 2 0 1 / 0 9 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9079604	7-Data Validade da Senha 1 9 1 / 1 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 9 6 2 0 2 0 0 1 1 4 1 0 3	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 LUIZ OTAVIO PEREIRA MARVULLI		14-Telefone 06/11/2013	15-Nome do titular do plano WILLIAM PEREIRA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA TOLEDO DE MORAES	18-Número no CRO 144239	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 2 0 5 3 0 3 2 8 9 8	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA TOLEDO DE MORAES	23-Número no CRO 144239	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA TOLEDO DE MORAES		27-Número no CRO 144239	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	2 2 / 0 9 / 2 1		Kanell...
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 3 4 0 0	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 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 2 2 / 1 0 9 / 1 2 1 Ana Toledo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2 2 / 1 0 9 / 1 2 1 Ana Toledo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2 2 / 1 0 9 / 1 2 1 Kanell...	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

Dra. Ana Carolina Toledo de Moraes
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 144239

Dra. Ana Carolina Toledo de Moraes
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 144239