



767984
INTERCAMBIO

Tempo médio para soc. 100%

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/11	4-Data de Autuação 11/11/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9252692	7-Data Validação da Série 10/12/12
------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 0002202521185600003402	9-Pessoa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/11/11
--	---------------------------------	--	--	---

13-Nome JENNIFER JULIA SILVA DINIZ	18/03/1989	14-Telefone (131) 255212615	15-Nome do titular do plano LEONARDO CAMILO DA SILVA
---------------------------------------	------------	--------------------------------	---

16-Mendicamento a 70% WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CRO / CRO 04798519642	22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG	25-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 44352	28-UF MG	29-Código CRO S 025 - Faturar Empresa	

30-Tabela 31-Código do Procedimento 010181000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 34,00	37-Mat 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 512,00	39-Aut 40-Data da Realização 11/11/11	41-Matéria da Guia 42-Assinatura 8
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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, compreendendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e da 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 BH CNPJ 34.971.408/0001-73 DR. WANDERSON LOPES	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 BH CNPJ 34.971.408/0001-73 DR. WANDERSON LOPES	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 BH CNPJ 34.971.408/0001-73 DR. WANDERSON LOPES	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11 BH CNPJ 34.971.408/0001-73 DR. WANDERSON LOPES
--	--	--	---