



1-Registro ANS 406414	3-Dia da Emissão da Guia 12/5/10/14/12/5	4-Dia de Autorização 12/5/10/14/12/5	5-Senha AGUARDANDO CORREÇÃO	6-Número da Guia Principal 13803861	7-Dia Validade da Guia 12/4/10/17/12/5
--------------------------	---	---	--------------------------------	--	---

2290961
INTERCÂMBIO

8-Nome do Beneficiário BRUNO HENRIQUE DA ROCHA SILVA	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Dia Validade da Carteira 12/5/10/14/12/5	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome BRUNO HENRIQUE DA ROCHA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNO HENRIQUE DA ROCHA SILVA
16-Avencimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KELEN REOLON DE SOUZA	18-Número no CRO 39837
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113191619121000162	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA BENESSERE EIRELI	19-UF MG
26-Nome do Profissional Executante KELEN REOLON DE SOUZA	27-Número no CRO 39837	20-Código CBO S 025 -
28-UF MG	29-Código CBO S	24-UF MG
25-Código CNES 2939517	23-Número no CRO 39837	Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentist/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	161,00	0,00	0,00	0,1	06/12/5		
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 Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 0,00	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 o autozo 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---