

Piano de Tratamiento / Procedimientos Soli... 'os

< Nayara Jota Barbosa Redo



2172891
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/11/25	4-Data de Autorização 17/10/11/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13411436	7-Data Validade da Senha 17/10/14/25
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 00202506065500417703		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde
13-Nome JULIA MACEDO REZENDE		14-Telefone 28/12/2018	15-Nome do titular do plano IURY MENDES REZENDE		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KELEN REOLON DE SOUZA		18-Número no CRO 39837	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13961921000162		22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA BENESEERE EIRELI		23-Número no CRO 39837	24-UF MG	25-Código CNEB 2939517
26-Nome do Profissional Executante KELEN REOLON DE SOUZA		27-Número no CRO 39837		28-UF MG	29-Código CBO S	

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-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			17/10/11/25		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/10/11/25	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 72,00	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 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 17/10/11/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/11/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/11/25	53-Data, local e Campo da Empresa 17/10/11/25
--	--	--	--