



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 13/12/01 4-Data de Autorização 11/8/10 13/12/01 5-Semta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7462723 7-Data Validade da Semta 10/15/10 16/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120125061065500039904 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 THALITA KELLY DOS SANTOS 14-Telefone (31) 850615307 15-Nome do titular do plano OTACILIO BENTO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN IMPLANTARTE 17-Nome do Profissional Solicitante EDNA TEIXEIRA NASSIF SILVA 18-Número no CRO 24537 19-U.F. MG 20-Código CBO S 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1000119367600 22-Nome do Contratado Executante EDNA TEIXEIRA NASSIF SILVA 23-Número no CRO 24537 24-U.F. MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante EDNA TEIXEIRA NASSIF SILVA 27-Número no CRO 24537 28-U.F. MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Foco	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		18/03/20			
2-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		18/03/20			
3-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		18/03/20			
4-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		18/03/20			
5-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		18/03/20			
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto 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 1178,00 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 no 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 18/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2010

FINAUZADO