

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/03 4-Data de Autorização 10/15/03 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7443154 7-Data Validade da Serinha 13/11/05

294662
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202506065500333402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

CAROLINE SALINE LIMA DE ASSIS

04/06/2004

14-Telefone (131) 33918133 15-Nome do titular do plano ELTON ROSA DE ASSIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN IMPLANTARTE 17-Nome do Profissional Solicitante

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10001193676001

22-Nome do Contratado Executante EDNA TEIXEIRA NASSIF SILVA

23-Número no CRO 24537

24-UF MG

25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400220-37

28-Nome do Profissional Executante

EDNA TEIXEIRA NASSIF SILVA

27-Número no CRO 24537

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentis/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	85400220	37	1	1	299,00	0,00			16/03/04		
2	00	85400220	37	1	1	54,00	0,00					
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento

16/03/04

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

453,00

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 e referidos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Pai assina -> Paciente menor de idade (25 anos)

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista

16/03/04 Edna Teixeira Nassif Silva

51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista

16/03/04 Edna Teixeira Nassif Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

16/03/04 Elton Rosa de Assis

53-Data, local e Cartão da Empresa

16/03/04



Dr. Assis