



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/2012 4-Data de Autorização 10/08/2012 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10868685 7-Data Validade da Serinha 10/08/2015 1330689 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202506065500448802 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 EDER DORIA CRUZ

04/07/1981

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano PRISCILA ROSARIA SARAIVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante THALHES CRISTIAN PEDROSA

18-Número no CRO 61423

19-UF MG

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145384040000112

22-Nome do Contratado Executante SANTA LUZIA ODONTOLOGIA AVANÇADA LTDA

23-Número no CRO 61298

24-UF MG

25-Código CNES 99999999

Enviar - RX (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante THALHES CRISTIAN PEDROSA

27-Número no CRO 61423

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-10	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00			10/08/2012		
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												

45.384,040/0001-12

SANTA LUZIA ODONTOLOGIA AVANÇADA LTDA

Rua Presidente Alonzo Pena, nº 123, Lj-04

Barro Boa Esperança - CEP: 33.035-250

SANTA LUZIA - MG

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 88,00

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

Dr. Thalhes Cristian Pedrosa
Cirurgião-Dentista
CRM 61423

Dr. Thalhes Cristian Pedrosa
Cirurgião-Dentista
CRM 61423

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2012

51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2012

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2012

53-Data, Local e Carimbo da Empresa 10/08/2012