



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 4-Data de Autorização 12/3/10 5-Série Autorizado 7525245 6-Número da Guia Principal 7525245 7-Data Validade da Série 12/10/17 8-Data Validade da Guia 12/10/17

8-Número da Carteira 00020215060655001291011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12/10/17 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EMERSON SILVA COSTA 29/06/1980 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EMERSON SILVA COSTA

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 9461 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (i) 81000421-RPSE (i) 81000421-RPIE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante GILBERTO ANTONIO SILVA 23-Número no CRO 9461 24-UF MG 25-Código CNES (i) 81000421-RPSE (i) 81000421-RPIE
26-Nome do Profissional Executante GILBERTO ANTONIO SILVA 27-Número no CRO 9461 28-UF MG 29-Código CBO S (i) 81000421-RPSE (i) 81000421-RPIE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	10,00			12/10/10		
		RX PERIAPICAL										
2-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	10,00			12/10/10		
		RX PERIAPICAL										
3-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	10,00			12/10/10		
		RX PERIAPICAL										
4-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1				1 4	10,00			12/10/10		
		RX PERIAPICAL										
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/10/10 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodentia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 56,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 53-Data, local e Assinatura do Médico Odontólogo 12/10/10