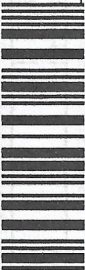




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS
406414

30-Dia de Emissão da Guia
12/3/10/1/1/2/0

4-Data de Autorização
12/8/10/1/1/2/0

5-Semana
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7343763

7-Data Validade da Semana
12/2/10/14/1/2/0

276166
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0/0/2/0/2/5/0/6/0/6/5/0/0/0/5/9/2/0/5

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
PEDRO ALVES TEIXEIRA

19/01/2016

15-Nome do titular do plano
ROBERTO CESAR TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acreditação a RN
N BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO
48299

19-UF
MG

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
110063378655

22-Nome do Contratado Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

23-Número no CRO
48299

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

27-Número no CRO
48299

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Monto da Guia	42-Assinatura
1.	0	0	8	1	0	0	0	3	0			
2.	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
/ /	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial							

Declara que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/11/30	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Cópia da Empresa / /
--	--	--	--

Dra. Barbara Ribeiro Linhares
CRO-MG 48299