



|                          |                                          |                                      |                       |                                       |                                         |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Dia de Emissão da Guia<br>12/4/06/12/0 | 4-Dia de Autorização<br>12/5/06/12/0 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7658228 | 7-Dia Validade da Senha<br>12/2/09/12/0 |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|

|                      |                                   |             |                            |                              |                      |                     |  |
|----------------------|-----------------------------------|-------------|----------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------|--|
| 8-Número da Carteira | 002012506065500234002             | 10-Empresa  | CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira |                      | 12-Número do Cartão |  |
| 13-Nome              | SOFIA MIRELLE DE OLIVEIRA MOREIRA | 14-Telefone | ( ) 3494-3322              | 15-Nome do Titular do plano  | ROBSON MUCIO MOREIRA |                     |  |
|                      | POS REDE PRESTADORA               |             |                            |                              |                      |                     |  |
|                      | 09/10/2006                        |             |                            |                              |                      |                     |  |

|                                                 |                                                  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |                                                  |
| 16-Alimentação a RN<br>N                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTODOC |
| 18-Número no CRO<br>12838                       | 19-UF<br>MG                                      |
| 20-Código CBO S<br>09                           | 025 -<br>Estresse Emocional                      |

|                                     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 21-Código na Diretoria / CNPJ / CPF | 7421252516911111    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22-Nome do Contratado Estante       | ALMIRIO JOSE BORELI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23-Número no CRO                    | 12838               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24-UF                               | MG                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25-Código CNES                      |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26-Nome do Profissional Estante     | ALMIRIO JOSE BORELI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27-Número no CRO                    | 12838               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28-UF                               | MG                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29-Código CBO S                     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enviar - RX                         |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (f) 81000421-                       |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (f) 81000421-                       |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (f) 81000421-                       |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 33- 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 Classe | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|---------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|----------------------|----------------|
| 1-0        | 0                          | 8             | 1                | 0        | 0       | 0                 | 4         | 2                                | 1       |                        |                      |                |
|            |                            | RX PERIAPICAL |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 2-0        | 0                          | 8             | 1                | 0        | 0       | 0                 | 4         | 2                                | 1       |                        |                      |                |
|            |                            | RX PERIAPICAL |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 3-0        | 0                          | 8             | 1                | 0        | 0       | 0                 | 4         | 2                                | 1       |                        |                      |                |
|            |                            | RX PERIAPICAL |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 4-         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 5-         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 6-         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 7-         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 8-         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 9-         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 10-        |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 11-        |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 12-        |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 13-        |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 14-        |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |
| 15-        |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                      |                |

43- Data Prevista Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Fracamento

46- Total Quantitativo US

47- Valor Total R\$

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procediment(o)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, compreendendo-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 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Contorno da Equipagem .....<br>NDI/1606/18<br>RUBENITO NOC Radiografias Odontológicas |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

e Documentação Ortodôntica Ltda.