

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 11/12/01 4-Data de Autorização 10/05/11 11/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8023046 7-Data Validade da Guia 10/12/10 11/12/11

411662
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5060655002011103 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

CECILIA DE FARIA TERRA

23/12/2014

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano TIAGO TERRA FONSECA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

18-Número no CRO 43418

19-UF MG

20-Código CBO S 09

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11067911776471 22-Nome do Contratado Exatante DANIEL FELIPE NUNES

23-Número no CRO 43418

24-UF MG

25-Código CNES

(1) 81000405

26-Nome do Profissional Exatante DANIEL FELIPE NUNES

27-Número no CRO 43418

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1-0	0	81000405									
		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	17,80	0,00				06/11/11 Karen
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 06/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 78,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 06/11/11 Karen 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/11 Karen 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/11 Karen Camila 53-Data, local e Contato da Empresa 06/11/11 Karen

ODONTODOC
CARTE 18.006.40600

06/11/11 Karen
06/11/11 Karen