



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2018 4-Dia de Autorização 10/17/2018 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7766290 7-Dia Validade da Serinha 10/14/2018 8-Dia Validade da Serinha 10/14/2018 9-Intercâmbio 352211

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021025060655001411802 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MARIA APARECIDA NUNES MAGALHAES 14-Telefone (1311) 10101010101010 15-Nome do titular do plano GERLANE MALAQUIAS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 43418 19-UF MG 20-Código CEO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110679177647 22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES 23-Número no CRO 43418 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES 27-Número no CRO 43418 28-UF MG 29-Código CEO S 025 - 30-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Dia de Realização 41-Motivo da Recusa 42-Assinatura

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-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-00	0810001421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00	0810004211	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00	0810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00	0810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-00	0810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-00	0810003751	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-00	0810004051	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia de Realização do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Atendimento 46-Tipo de Atendimento 47-Tipo de Atendimento 48-Tipo de Atendimento 49-Tipo de Atendimento 50-Tipo de Atendimento 51-Tipo de Atendimento 52-Tipo de Atendimento 53-Tipo de Atendimento 54-Tipo de Atendimento 55-Tipo de Atendimento 56-Tipo de Atendimento 57-Tipo de Atendimento 58-Tipo de Atendimento 59-Tipo de Atendimento 60-Tipo de Atendimento 61-Tipo de Atendimento 62-Tipo de Atendimento 63-Tipo de Atendimento 64-Tipo de Atendimento 65-Tipo de Atendimento 66-Tipo de Atendimento 67-Tipo de Atendimento 68-Tipo de Atendimento 69-Tipo de Atendimento 70-Tipo de Atendimento 71-Tipo de Atendimento 72-Tipo de Atendimento 73-Tipo de Atendimento 74-Tipo de Atendimento 75-Tipo de Atendimento 76-Tipo de Atendimento 77-Tipo de Atendimento 78-Tipo de Atendimento 79-Tipo de Atendimento 80-Tipo de Atendimento 81-Tipo de Atendimento 82-Tipo de Atendimento 83-Tipo de Atendimento 84-Tipo de Atendimento 85-Tipo de Atendimento 86-Tipo de Atendimento 87-Tipo de Atendimento 88-Tipo de Atendimento 89-Tipo de Atendimento 90-Tipo de Atendimento 91-Tipo de Atendimento 92-Tipo de Atendimento 93-Tipo de Atendimento 94-Tipo de Atendimento 95-Tipo de Atendimento 96-Tipo de Atendimento 97-Tipo de Atendimento 98-Tipo de Atendimento 99-Tipo de Atendimento

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.

Assinatura

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Responsável

53-Dia, local e Assinatura da Empresa

54-Dia, local e Assinatura da Empresa

55-Dia, local e Assinatura da Empresa

56-Dia, local e Assinatura da Empresa

57-Dia, local e Assinatura da Empresa

58-Dia, local e Assinatura da Empresa

59-Dia, local e Assinatura da Empresa

60-Dia, local e Assinatura da Empresa

61-Dia, local e Assinatura da Empresa

62-Dia, local e Assinatura da Empresa

63-Dia, local e Assinatura da Empresa

64-Dia, local e Assinatura da Empresa

65-Dia, local e Assinatura da Empresa

66-Dia, local e Assinatura da Empresa

67-Dia, local e Assinatura da Empresa

68-Dia, local e Assinatura da Empresa

69-Dia, local e Assinatura da Empresa

70-Dia, local e Assinatura da Empresa

71-Dia, local e Assinatura da Empresa

72-Dia, local e Assinatura da Empresa

73-Dia, local e Assinatura da Empresa

74-Dia, local e Assinatura da Empresa

75-Dia, local e Assinatura da Empresa

76-Dia, local e Assinatura da Empresa

77-Dia, local e Assinatura da Empresa

78-Dia, local e Assinatura da Empresa

79-Dia, local e Assinatura da Empresa

80-Dia, local e Assinatura da Empresa

81-Dia, local e Assinatura da Empresa

82-Dia, local e Assinatura da Empresa

83-Dia, local e Assinatura da Empresa

84-Dia, local e Assinatura da Empresa

85-Dia, local e Assinatura da Empresa

86-Dia, local e Assinatura da Empresa

87-Dia, local e Assinatura da Empresa

88-Dia, local e Assinatura da Empresa

89-Dia, local e Assinatura da Empresa

90-Dia, local e Assinatura da Empresa

91-Dia, local e Assinatura da Empresa

92-Dia, local e Assinatura da Empresa

93-Dia, local e Assinatura da Empresa

94-Dia, local e Assinatura da Empresa

95-Dia, local e Assinatura da Empresa

96-Dia, local e Assinatura da Empresa

97-Dia, local e Assinatura da Empresa

98-Dia, local e Assinatura da Empresa

99-Dia, local e Assinatura da Empresa

100-Dia, local e Assinatura da Empresa