



1- Ingresso ANS 406414
3- Data de Emissão da Guia 09/10/2019
4- Data de Autorizado 18/10/2019
5- Senha AUTORIZADO
6- Número da Guia Principal 7856392
7- Data Validade da Senha 08/11/2019

8- Número da Carteira 002025060655001186503
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 MANUELA AMRQUES VEIRA
23/03/2016
14- Telefone () 00000000
15- Nome do titular do plano EUCLIDES DE ALMEIDA VEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16- Aterramento a RN FLAVIA ARAO MILLIONS
17- Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ARAO MILLIONS
18- Número no CHO 38141
19- UF MG
20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 06477004682
22- Nome do Contratado Executante FLAVIA ARAO MILLIONS
23- Número no CHO 38141
24- UF MG
25- Código CNES
26- Nome do Profissional Executante FLAVIA ARAO MILLIONS
27- Número no CHO 38141
28- UF MG
29- Código CBO S

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 Glosa	42- Assinatura
1	00810101030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/10/2019		<i>Flávia Arao</i>
2	00840101090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	2,00	0,00			18/10/2019		<i>Flávia Arao</i>
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Término do Tratamento
44- Tipo de Aterramento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Orçonomia 4- Urgência/Emergência
45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial
46- Total Quantidade US 106,00
47- Valor Total R\$ 0,00
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), 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
18/10/2019
Flávia Arao
51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/10/2019
Flávia Arao
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/10/2019
Manuela Amrques Veira
53- Data, local e Assinatura da Empresa
18/10/2019
Flávia Arao
Flávia Arao MILLIONS
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 38.141