



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/11 11/20

4-Data de Autorização
11/11/11

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
414939

7-Data Validade da Senha
10/07/12 11/21

414939
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025060655003048021

9-Piano
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
RENATA PINHEIRO SANTOS

14-Telefone
25/06/1982

15-Nome do titular do plano
BRENO SILVA REZENDE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA

18-Número no CRO
39384

19-UF
MG

20-Código CBO S
01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
07095301611

22-UF
MG

23-Código CNES
025 -

24-Código na Operadora / CNPJ / CPF
07095301611

25-Nome do Contratado Executante
BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

26-UF
MG

27-Número no CRO
39384

28-Código CBO S
01

29-Nome do Profissional Executante
BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

30-UF
MG

31-Número no CRO
39384

32-Código CNES
025 -

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE

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 Obra
42-Assinatura

39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Obra
42-Assinatura

43-Data Previsto 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\$

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 Assinatura da Empresa

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. Declino, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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, 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa