



1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 12/11/10 4-Data de Autorização 12/11/10 5-Sentir AUTORIZADO 6-Número do Guia Principal 7983232 7-Data Validade da Sentir 12/11/11 8-Data Validade da Sentir 12/11/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020252277990000101021

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KESIA GABRIELLE LOURENCO DA SILVA

08/09/2007

14-Telefone

15-Nome do titular do plano FERNANDO MENDES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

18-Número no CRO 12838

19-UF MG

20-Código CBO S 09

21-Data Validade da Carteira 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17422525169111

22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI

23-Número no CRO 12838

24-UF MG

25-Código CBO S 531012

26-Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI

27-Número no CRO 12838

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento      | 32-Descrição                   | 33-Dente/Régulo     | 34-Face      | 35-Qtd                | 36-Quantidade US       | 37-Valor               | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut                 | 40-Data de Realização  | 41-Motivo de Glosa     | 42-Assinatura          |
|-----------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------|-----------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1-10      | 0181000421                     | RX PERIAPICAL                  | RMSD                | 1            | 1                     | 14,00                  | 0,00                   |                                 | S                      | 26/11/2010             |                        |                        |
| 2-10      | 0181000421                     | RX PERIAPICAL                  | RMD                 | 1            | 1                     | 14,00                  | 0,00                   |                                 | S                      | 26/11/2010             |                        |                        |
| 3-10      | 0181000421                     | RX PERIAPICAL                  | RME                 | 1            | 1                     | 14,00                  | 0,00                   |                                 | S                      | 26/11/2010             |                        |                        |
| 4-10      | 0181000421                     | RX PERIAPICAL                  | RME                 | 1            | 1                     | 14,00                  | 0,00                   |                                 | S                      | 26/11/2010             |                        |                        |
| 5-1       |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 6-1       |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 7-1       |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 8-1       |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 9-1       |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 10-1      |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 11-1      |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 12-1      |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 13-1      |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 14-1      |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 15-1      |                                |                                |                     |              |                       |                        |                        |                                 |                        |                        |                        |                        |
| 43-Dia    | Previsão Termino do Tratamento | 44-1-1 Tratamento Odontológico | 2-Exame Radiológico | 3-Ortodontia | 4-Urgência/Emergência | 45-1-1 Total 2-Parcial | 46-1-1 Total 2-Parcial | 47-1-1 Total 2-Parcial          | 48-1-1 Total 2-Parcial | 49-1-1 Total 2-Parcial | 50-1-1 Total 2-Parcial | 51-1-1 Total 2-Parcial |
| 43-Dia    | Previsão Termino do Tratamento | 44-1-1 Tratamento Odontológico | 2-Exame Radiológico | 3-Ortodontia | 4-Urgência/Emergência | 45-1-1 Total 2-Parcial | 46-1-1 Total 2-Parcial | 47-1-1 Total 2-Parcial          | 48-1-1 Total 2-Parcial | 49-1-1 Total 2-Parcial | 50-1-1 Total 2-Parcial | 51-1-1 Total 2-Parcial |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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

52-Dente Local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante

53-Dente Local e Assinatura do Conselho-Dentista

54-Dente Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Dente Local e Assinatura da Empresa

56-Dente Local e Assinatura do Profissional Assistente