



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/15/10 3-Data de Autorização 12/17/10 4-Será Autorizado AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7818556 6-Data Validade da Guia 12/13/11 7-Data Validade da Guia 12/13/11

8-Data de Benefício

9-Número da Carteira 000202253061160000010102

10-Plano POS REDE PRESTADORA

11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

12-Data Validade da Carteira

13-Nome JHENIFER NEUBANER GOMES

05/07/2003

14-Telefone

15-Nome do Titular do Plano MARCELO ANTONIO GOMES

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC

18-Número no CRO 12838

19-UF MG

20-Código CBO S 09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17412252511691

22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI

23-Número no CRO 12838

24-UF MG

25-Código CNES

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/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	1	0	0	3	7	5					
		RX INTERPROXIMAL - BITE-										
		RMD			1	1	4	0	0			
2-0	0	1	0	0	3	7	5					
		RX INTERPROXIMAL - BITE-										
		RME			1	1	4	0	0			
3-0	0	1	0	0	3	7	5					
		RX INTERPROXIMAL - BITE-										
		RPD			1	1	4	0	0			
4-0	0	1	0	0	3	7	5					
		RX INTERPROXIMAL - BITE-										
		RPE			1	1	4	0	0			
5-0	0	1	0	0	3	7	5					
6-0	0	1	0	0	3	7	5					
7-0	0	1	0	0	3	7	5					
8-0	0	1	0	0	3	7	5					
9-0	0	1	0	0	3	7	5					
10-0	0	1	0	0	3	7	5					
11-0	0	1	0	0	3	7	5					
12-0	0	1	0	0	3	7	5					
13-0	0	1	0	0	3	7	5					
14-0	0	1	0	0	3	7	5					
15-0	0	1	0	0	3	7	5					

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 48-Tipo de Faturamento 49-Tipo de Faturamento

Decisão, 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa