



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 10/7/10 11/2 15 4-Data de Autorização 10/7/10 11/2 15 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13368922 7-Data Validade da Guia 10/7/10 11/2 15

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 10 2 0 2 5 0 4 5 7 4 8 2 0 0 0 5 8 4 0 1 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNION ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARYANE DOS SANTOS 17/02/1971 14-Telefone (13 11) 3 9 9 1 1 7 9 2 0 15-Nome do titular do plano MARYANE DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC CONTAGEM 18-Número no CRO 7491 19-UF MG 20-Código CBO S 09 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 02112719800011021 22-Nome do Contratado Executante ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E 23-Número no CRO 7491 24-UF MG 25-Código CNES 2154838 26-UF MG 27-Número no CRO 7491 28-UF MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

25-Nome do Profissional Executante RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO

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-Mostrar de Clínica
1-0	0181000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	10,00	5,07	01/11/25		
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/7/01/1251 44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 14,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaram, 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. Declaram, 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, no 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 02/10/11/251

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/7/01/1251

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/7/01/1251

53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/11/251

CNPJ: 02.35.198/0001-09

Dr. Raimundo Nonato Stehling Fil.

CRO MG 7491