



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 4-Data de Autorização 10/3/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8505588 7-Data Validade da Sentia 12/1/10 8-Data Validade da Sentia 12/1/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002101253672560000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/1/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DAVIDSON PEREIRA ALVES 14-Telefone 01/02/1990 15-Nome do Titular do plano DAVIDSON PEREIRA ALVES

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA 18-Número no CRO 38839 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200166-35 (1) 81000421-RPIE (1) 81000421-RPIE 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08626329601 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 23-Número no CRO 38839 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 27-Número no CRO 38839 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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	5	2	0	0	1	6	6			
2-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
3-0	0	8	1	0	0	0	4	2	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 Previsão 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\$							
11/3/10 15/12/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Totál 2-Parcial	128,610,10	0,00								

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 pagar em 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 11/3/10 15/12/11 Ana Patrícia S. F. Moraes 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10 15/12/11 Ana Patrícia S. F. Moraes 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/10 15/12/11 Davidson 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/3/10 15/12/11 Ana Patrícia S. F. Moraes Cirurgiã-Dentista CRO-MG 38839

S. F. Moraes F. Moraes Pereira Alves