



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 11/03/08 4-Data de Autorização 17/08/2010 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7784897 7-Data Validade da Sentença 11/11/11 8-Data Validade da Guia 11/12/10

Dados do Beneficiário

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

13-Nome MIRIAM LUCIA VALADARES 14-Telefone 06/08/1958 15-Nome do Titular do plano MIRIAM LUCIA VALADARES

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 25 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RIS (1) 81000421-

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 17142125215116911 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CNES 6510117 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- Cid	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	81000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/08/2010	Atividade	
2-0	0	81000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/08/2010	Atividade	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão do Guia 11/03/08 44-Idade do Atendimento 18 45-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Cidodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 128,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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 do Profissional Responsável

10/08/2010 10/08/2010 10/08/2010 10/08/2010