



1-Registro ANS 406414	3-Dia da Emissão da Guia 12/1/10 7/12/10	4-Data de Autorização 12/8/10 7/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7720855	7-Dia da Validade da Senha 1/9/11 10/12/10
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 2 7 2 2 1 1 0 0 0 0 6 0 2
9-Plano POS REDE PRESTADORA	
10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE	
11-Data Vencimento da Carteira	/ /
12-Número do Cartão	
13-Nome MARCOS FELLIPE DE OLIVEIRA SILVA	
14-Teléfono	() - - - - -
15-Nome do titular do plano JAQUELINE APARECIDA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 12838	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operação / CNPJ / CPF [7][4][2][2][5][2][5][1][6][9][1]	22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Excitante ALMIRIO JOSE BORELI		27-Número no CRO 12838	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME

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 Class	42- Assinatura
1-0	0	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,0	0	0,0	0	0	0	0
2-0	0	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,0	0	0,0	0	0	0	0
3-0	0	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,0	0	0,0	0	0	0	0
4-0	0	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,0	0	0,0	0	0	0	0
5-0	0	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,0	0	0,0	0	0	0	0
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43- Data: 27/07/2020

44- Tipo de Atendimento: 2- Tratamento Odontológico

45- Tipo de Faturamento: 1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US: 134,0

47- Valor Total R\$: 10,00

48- Total Franquia / Co-participação R\$: 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 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(foram) 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-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dado, local e Carimbo da Empresa
_____ ____/____/____	_____ ____/____/____	_____ ____/____/____ <i>Carla Cristina Xavier de Oliveira</i>	_____ ____/____/____ <i>51/10/2020</i> <i>02001000C RADIOLINHA DOONT.</i>