



1-Registro ABO 406414 3-Data de Emissão de Guia 12/8/11 00/210 4-Data de Autorização 12/9/11 00/210 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8004031 7-Data Validade da Guia 12/8/11 01/211

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025327160000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIELA VITORIA CHAVES RODRIGUES 28/03/1999 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GRAZIELLE APARECIDA CHAVES BRAGA DE SOUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 12838 19-UF MG 20-Código CBO S 09 25- Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1742251691 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25310717 26-UF MG 27-Número no CRO 12838 28-UF MG 29-Código CBO S

ALMIRIO JOSE BORELI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 Oclusão	42-Assinatura
1-00	81000294	LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00			12/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição Termino do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 222,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 este 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 Médico Radiologista Odontológico e Documentação Ortodôntica - ME