

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Linha de Autorização 08/01/2012	5-Setor AUTORIZADO	6-Valor da Autorização 8158630	7-Data de Validade 11/08/2013
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	-----------------------------------	----------------------------------

B-Número da Carteira	0	0	2	0	2	5	3	1	6	0	3	9	0	0	0	0	0	1	0	2
g-Plano	POS REDE PRESTADORA																			
tu-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA																			
f-Cidade • Unidade de Saúde																				

	(L)	L - L	CARLA DE SOUSA FIGUEIREDO
07/09/1951			
EDIVALDA SANTOS FIGUEIREDO			
13-Norma			

15-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO	025 -
N	ODONTODOC	43418	MG	09	Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	110679177647
22-Nome do Contratado Executante	DANIEL FELIPE NUNES
23-Número do CNPJ	43418
24-CPF	MG
25-Valor da Nota	ENVIAR - RX (i) 81000405
26-Valor da Nota	(i) 81000

25-Norma do Profissional Exercitante			
DANIEL FELIPE NUNES	43418	MG	(i) 8100421-RPID (i) 8100

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faces	35-Qntd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dat
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	---------	------------------	----------	---------------------------------	--------	--------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
			117.600,01	11.10

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 responsável pelo tratamento, a ser realizado, e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável pelo tratamento, o valor estabelecido em meu consentimento informado, na forma satisfatória. Autorizo a Odenor para a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável pelo tratamento, o valor estabelecido em meu consentimento informado, na forma satisfatória.

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Nº 418

59. Data Inizio e Termine di Emissione

[illegible]

10