

1-Data de Emissão da Guia 11/11/2011		2-Data de Autorização 11/11/2011		3-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8111436		7-Data Validade da Senha 11/11/2011		432920 INTERCÂMBIO	
8-Beneficiário MARIANA GABRIEL DE LIMA				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/2011		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Data de Validade da Carteira 14/02/1990				14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do Titular do plano MARIANA GABRIEL DE LIMA					
16-Contratado Responsável pelo Tratamento VITALITY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA											
17-Nome do Profissional Solicitante VITALITY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA				18-Número no CRO 33091		19-UF MG		20-Código CBO 8 04		025 - Faturar Empresa	
21-Nome do Contratado Executor GUILHERME MATOSO DE FARIA				22-Número no CRO 33091		23-UF MG		24-Código CNEB			
25-Nome do Profissional Executor GUILHERME MATOSO DE FARIA				26-Número no CRO 33091		27-UF MG		28-Código CBO 8			

[illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 4 4 0 0	0 0 0	

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

invited

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Classe local e Alameda do Gruglio-Dentista

62-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Carimbo da Empresa