



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 4-Data de Autorização 10/04/10 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7850025 7-Data Validade da Semina 03/11/12

8-Número da Carteira 10/02/02 5/31/17 2/6/06 0/0/00 0/0/10 1/0/11 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALINE ANCANI DOS SANTOS MOREIRA 20/07/1997 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ALINE ANCANI DOS SANTOS MOREIRA

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN ODONTODOC 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 16986 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1581512381121687 22-Nome do Contratado Executante WANDER LIMA LOURENZON 23-Número no CRO 16986 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante WANDER LIMA LOURENZON 27-Número no CRO 16986 28-UF MG 29-Código CBO S 30-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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	01810004211	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
2-0	01810004211	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
3-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	0,00	0,00	0,00	0,00		
4-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
5-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
6-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
7-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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) 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-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 Carimbo da Empresa

ODONTODOC Radiografias Oportográficas Documentação Odontológica Ltda