



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 17/12/2011
 4-Data de Autorização 12/12/2010
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 8152343
 7-Data Validade da Guia 17/03/2011

8-Número da Carteira 02025104305000151021
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ENZO MARCO CAMPOS FRANCO
 07/12/2003
 14-Teléfono
 15-Nome do titular do plano SHIRLEY SILVA CAMPOS
 16-Atendimento a RV ODONTODOC
 17-Nome do Profissional Solicitante
 18-Número no CRO 12838
 19-UF MG
 20-Código CBO S 09
 21-Código CBO S 591017
 22-UF MG
 23-Número no CRO 12838
 24-UF MG
 25-Código CBO S
 26-Código CBO S

27-Nome do Profissional Excitante ALMIRIO JOSE BORELI
 28-UF MG
 29-Código CBO S
 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo	42-Assinatura
1.	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S			<i>22/12/2011</i>
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Realizado Permissão de Tratamento
 44-Tipo de Atendimento
 45-Tipo de Faturamento
 46-Total Quantidade US
 47-Valor Total R\$
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 Especialista / Responsável
 53-Data, local e Cartão Profissional
 54-Data, local e Cartão Profissional

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.