



1-Registro AS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/11 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 79833388 7-Data Validade de Série 12/01/11 8-Data Validade de Guia 12/01/11

401973 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202532490800000101 9-Pano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLEISSIMARCK CARVALHO DA SILVA 14-Telefone 19/03/1996 15-Nome do titular do plano CLEISSIMARCK CARVALHO DA SILVA

16-Aferimento a RN ODONTODOC 17-Nome do Profissional Solicitante ALMIRIO JOSE BORELLI 18-Número no CRO 12838 19-UF MG 20-Código CRO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17421252516311 22-Nome do Contratado Estudante ALMIRIO JOSE BORELLI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CNES 52013 26-Nome do Profissional Estudante ALMIRIO JOSE BORELLI 27-Número no CRO 12838 28-UF MG 29-Código CRO S 0181000421-RPDI 0181000405

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Rugilo 34-Face 35-Old 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ano 40-Data de Realização 41-Motivo de Glosa 42-Assinatura

1-01018110004211	RX PERIAPICAL	RP1E	1	14,00	0,00	13,11	20		
2-01018110004211	RX PERIAPICAL	RME	1	14,00	0,00	13,11	20		
3-01018110004211	RX PERIAPICAL	RPD	1	14,00	0,00	13,11	20		
4-01018110004211	RX PERIAPICAL	RMID	1	14,00	0,00	13,11	20		
5-0101811000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	17,80	0,00	11,31	11	20	
6-111111111111									
7-111111111111									
8-111111111111									
9-111111111111									
10-111111111111									
11-111111111111									
12-111111111111									
13-111111111111									
14-111111111111									
15-111111111111									

43-Data Prescrição 11/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Realizante 1-Trial 2-Paciente 46-Total Quantidade US 1134,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Fracção Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 a 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.

49-Desempenho 50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável 53-Dia, local e Assinatura da Empresa