



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/09 4-Data de Autorização 11/08/09 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7872062 7-Data Validade da Sentença 11/04/11 8-Data Validade da Sentença 11/02/12

375559
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101021253159930000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA EDUARDA CAMILA OLIVEIRA DE ARAUJO 20/12/1998 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA EDUARDA CAMILA OLIVEIRA DE ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 12838 19-UF MG 20-Código CBO S 09 25 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1714212531599300000101 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI 27-Número no CRO 12838 28-UF MG 29-Código CBO S

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	0	8	1	0	0	2	9	4		LEVANTAMENTO		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Recebida Termino do Tratamento 11/05/09 44-Tipo de Atendimento 2 45-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

46-Tipo de Faturamento 1 47-Tipo de Faturamento 2-Parcial 48-Total Quantidade US 21221010

49-Valor Total R\$ 10100

46-Total Franquia / 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinalado(s), foi(ram) 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-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2011

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/09

53-Dado, local e Carteira do Empresa 11/05/09 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço