



1-Registro AINS 4064 14 3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 4-Data de Autorização 12/01/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7778990 7-Data Validade da Sentença 09/11/12 8-Data Validade da Guia 09/11/12

8-Número de Carteira 0020253114450000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/08 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome KEVIN GABRIEL DE FREITAS SALLES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano IVANIRIA MARCIA DE FREITAS FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 12838 19-UF MG 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1742252516911 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CBO S 530717 26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI 27-Número no CRO 12838 28-UF MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RIS (1) 81000421-RIL

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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00			20/08/2008	2008	20/08/2008
2-00	081000421	RX PERIAPICAL	RIL	1	1	14,00	0,00			20/08/2008	2008	20/08/2008
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/08/2008 44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 28,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 obrigações 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.

49-Observação: Paciente assina no campo SI. 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/2008 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2008 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2008 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/08/2008