



1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/3/11 12/12/10 4-Data de Autorização 10/7/11 12/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8113166 7-Dia Validade da Sentença 10/3/11 03/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0020253406680000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JARMY NASCIMENTO DA SILVA 25/12/1977 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano JARMY NASCIMENTO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Afastamento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 12838 19-UF MG 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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 81000421 26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI 27-Número no CRO 12838 28-UF MG 29-Código CBO S 81000421-RPIE (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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
1-00	081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00			07/11/2020		
2-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	14,00	0,00			07/11/2020		
3-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00			07/11/2020		
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data de Término do Tratamento 07/11/2020 44-Data de Atendimento 07/11/2020 45-Data de Encerramento 07/11/2020 46-Total Quantidade US 42,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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.

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 Assinatura da Operadora

07/11/2020 x Jarmy
07/11/2020 x Jarmy
07/11/2020 x Jarmy