



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2016	4-Data de Autorização 15/01/2016	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7626881	7-Data Validade da Série 10/08/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

322888
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 000202524249600000104	9-Fluxo 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 IZADORA CRISTINA FERREIRA DA PAIXAO	14-Telefone (31) 915181110	15-Nome do titular do plano CARLA GONCALVES
--	-------------------------------	--

16-Atendimento a RN 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 174225251691	22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CNES 5310717	26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI	27-Número no CRO 12838	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Data de Realização 16/06/2016	31-Motivo da Classe 42-Motivo (1) 8100421-RIS
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	---	---------------------------	-------------	---------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------------------------	--

32-Direção RX PERIAPICAL	33-Dente/Região RIS	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 14,00	37-Vol 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 16,06	39-Aut 16,06	40-Data de Realização 16/06/2016	41-Motivo da Classe 42-Motivo 16,06
-----------------------------	------------------------	--------------	-------------	---------------------------	----------------	--	-----------------	-------------------------------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Direção	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Motivo
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	16,06	16,06	16/06/2016	16,06
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIL	1	1	14,00	0,00	16,06	16,06	16/06/2016	16,06
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/11/2016	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\$ 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(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-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 16/11/2016	51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 16/11/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2016	53-Data, local e Assinatura da Empresa 16/11/2016
---------------	--	--	---	--