



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 10/06/2011 4-Data de Autorização 11/09/2011 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8174279 7-Data Validação da Série 10/06/2011 448210 INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário
9-Número do Contrato 000202534263500000101 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome EDNA DE JESUS ROCHA SILVA 14-Telefone 15-Data Validada do Plano 16-Data Validada da Carteira 17-Data Validada da Série

Dados de Confirmação Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante ODOTODOC 18-Número no CRO 12838 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 742252516911 22-Nome do Contratado Exatante ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CNES 26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Exatante 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- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1- 0	081000294	LEVANTAMENTO		1		222,00	0,00					
2- 1												
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												
43- Data Prevista Término do Tratamento: 11/11/21												
44- Tipo de Atendimento: 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência												
45- Tipo de Realização: 1- Total 2- Parcial												
46- Total Quantidade US: 222,00												
47- Valor Total R\$: 0,00												
48- Total Franquia / Co-participação R\$: 0,00												

43-Data Preenchimento do Tratamento 44-Tipo do Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1- Total 2- Parcial 46-Total Quantidade US 1212,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 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, compreendendo-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 Empresa 54-Data, local e Assinatura 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.