



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/09/12/01	4-Data de Autorização 11/5/10/9/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7837843	7-Data Validade da Senha 13/01/11/12/01
---------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/02/02/5311151400000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
LAIZA RODRIGUES DE BARROS

24/11/2012

15-Nome do titular do plano
LARISSA RODRIGUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	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 1742252516911	22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CNES 6810117	Enviar - RX (1) 81000405
--	---	---------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------------

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78,00	0,00	15,16	09/12/2012			
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 12/01/11/01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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) 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 12/01/11/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11/01	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/01/11/01
--	--	--	---

Assinatura do Beneficiário / Responsável: *Laissa Rodrigues da Silva*

Assinatura do Profissional: *Almirio Jose Boreli*

Assinatura da Empresa: *OdontoLife*