



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/19	4-Data de Autorização 11/07/19	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876373	7-Data Validade da Senha 11/05/11	8-Data Validade da Guia 12/12/10	376518 INTERCÂMBIO
8-Número de Carteira 00020253115140000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome LARISSA RODRIGUES DA SILVA				16/04/1995		14-Teléfono () - - - - -	
15-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento				18-Número no CRO 12838		19-UF MG	
16-Atendimento a RN ODONTODOC				23-Número no CRO 12838		24-UF MG	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 742252511691				22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI		25-Código CNES 6601017	
26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI				27-Número no CRO 12838		28-UF MG	
29-Código CBO S				30-Código CBO S		31-Valor 025 -	
32-Franchise/Co-participação R\$				33-Aut		34-Data de Realização	

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Provisória - Fim do Tratamento	44-Data de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	50-Tipo de Faturamento	51-Tipo de Faturamento	52-Tipo de Faturamento	53-Tipo de Faturamento	54-Tipo de Faturamento	55-Tipo de Faturamento
01/06/19	12/07/19				1-Total 2-Parcial	78,00						
46-Valor Total R\$						0,00						
47-Valor Total R\$						0,00						
48-Valor Total R\$						0,00						
49-Valor Total 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 assistido(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

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	58-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	59-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável