



1-Registro ANB	3-Dados de Emissão da Guia	4-Dados de Autorização	5-Serinha	6-Número da Guia Principal	7-Dados Validade da Serinha
408414	13/01/04 11201	11/4/05 11201	AUTORIZADO	7537607	12/9/07 11201

8-Número da Carteira	000202529825000000102
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dados Validado da Carteira	/ / /
12-Número do Contrato N°	

13-NOME
JULIMAR COELHO CARVALHO

26/08/1997

14-1 Telefone
()

15-Nome do titular do plano
CLARICE BRASIL

Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento	
_____ Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento	_____ Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação e RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na CRO	19-Uf	20-Código CRO B
N	JOSE ROBERTO MOREIRA FILHO	47185	MG	06

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	105548698613
22-Nome do Contratado Completo	LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES
23-Número no CRO	35532
24-UF	MG
25-Código CNES	7037198

entrar em contato com 34235533, e marcar com

26-Nome do Profissional Especialista LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	27-Número no CRO 35592	28-Uf MG	29-Código CRO R 08	procedimentos autorizados CENTRO, POUSSO
--	----------------------------------	--------------------	------------------------------	---

80-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Preço	35-Cid	36-Quantidade UNB	37-Motor	39-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	--------	-------------------	----------	---------------------------------	--------	---------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

A vertical timeline with a central axis and horizontal tick marks on both sides, spanning from 3000 to 1900.

[illegible]

0.1

[illegible][illegible][illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	11/11/11
44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Financiamento
45-Tipo de Pagamento	1-1-Suav 2-Parcel
46-Total Quantidade US	1780,00
47-Salvo Total R\$	0,00

DECLARO, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional da área, bem como a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o honorário devido pelo procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s). Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o honorário devido pelo procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s).

18-Observacio

51-Diretor Geral e Assessoria do Conselho-Diretoria Societária	51-Diretor Geral e Assessoria do Conselho-Diretoria Societária	52-Diretor Geral e Assessoria do Conselho-Diretoria Societária	52-Diretor Geral e Assessoria do Conselho-Diretoria Societária	53-Diretor Geral e Assessoria do Conselho-Diretoria Societária
--	--	--	--	--

[illegible]

Uniz-Refin
Ortopedia-Dentista