



1-Registro AINS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 12/7/01 3-Semra AUTORIZADO 4-Data de Autorização 10/1/02 5-Número da Guia Principal 8241136 6-Data Validade da Guia 12/7/04 7-Data Validade da Guia 12/7/04

463633 INTERCÂMBIO

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

13-Nome JANAINA REGINA DE SOUSA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JANAINA REGINA DE SOUSA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 12838 19-UF MG 20-Código CBO S 09 21-Código na Operação / CNPJ / CPE 17412125252516911 22-Nome do Contratado Excepcional ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CNES 5310719 26-Nome do Profissional Excepcional ALMIRIO JOSE BORELI 27-Número no CRO 12838 28-UF MG 29-Código CBO S 5310719 30-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

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-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	00	81000421-RX PERIAPICAL	RCSD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/02/02	08/02/02	08/02/02
2	00	81000421-RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/02/02	08/02/02	08/02/02
3	00	81000421-RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/02/02	08/02/02	08/02/02
4	00	81000421-RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/02/02	08/02/02	08/02/02
5	00	81000421-RX PERIAPICAL	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/02/02	08/02/02	08/02/02
6	00	81000421-RX PERIAPICAL	RCID	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/02/02	08/02/02	08/02/02
7	00	81000421-RX PERIAPICAL	RIL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/02/02	08/02/02	08/02/02
8	00	81000421-RX PERIAPICAL	RCIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/02/02	08/02/02	08/02/02
9	00	81000421-RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/02/02	08/02/02	08/02/02
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisória Término do Tratamento 12/7/02 44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Fatura 2-Parcial 46-Valor Total US 126,00 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(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 Contratado Dentista Solicitante 08/02/02 51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 08/02/02 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/02 53-Data, local e Assinatura da Empresa ODONTODOC RADIOGRAFIAS ODONT. TOMOGRAFIA DOC. ORTODONTICA UDA