



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 9/12/0 4-Data de Autorização 10/7/11 10/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7910839 7-Data Validade da Série 12/7/11 12/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002020531007600000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GIOVANNA EVELYN SANTOS PAULA 31/08/2009 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LUCIANA OLIVEIRA DOS SANTOS

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 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RIS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 174225251691 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CNES 530712 26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI 27-Número no CRO 12838 28-UF MG 29-Código CBO S (1) 81000421-RIS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rogião	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	345	DOC ORTODONTICA "A"		1	1	381,00	0,00			07/10/2010	Elme	
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00			07/10/2010	Elme	
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIL	1	1	14,00	0,00			07/10/2010	Elme	
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Valor Total US 1409,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

TOMOGRAFIA DOZ ORTODONTICA CTR