



1-Registro ANS 406614 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012 4-Data de Autenticação 11/6/11/2012 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8139143 7-Data Validade da Serinha 11/11/10 3/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101201251117611210101761013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PIETRO JULIO SANTOS BARRETO 14-Teléfono 26/09/2010 15-Nome do titular do plano NEMMAR MARCOS BARRETO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 Operador CNPJ / CPF 1742212125116911 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 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-Tabula	31-Códig do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cl	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Glasa	42-Assinatura
1-10	018110104015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		178,00	0,00		15	21/11/2012	0000	0000
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 Previsto Termino Tratamento 21/11/2012 44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após (leido 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 21/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2012 x 00000000 53-Data, local e Carimbo da Empresa ODONTOLIFE RADIOLABORAS ODONT. 21/11/2012 54-Data, local e Carimbo da Empresa ODONTOLIFE RADIOLABORAS ODONT. 21/11/2012