



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 10/2/09/20
 4-Data de Autorização 10/9/09/20
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7843751
 7-Data Validade da Senha 10/1/12/20
 8-Número de Cartão Nacional de Saúde

8-Número de Carteira 1002025314462000010101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAFAEL DE OLIVEIRA BARBOZA
 14-Teléfono ()
 15-Nome do titular do plano RAFAEL DE OLIVEIRA BARBOZA

16-Atendimento a RV N
 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC
 18-Número no CRO 12838
 19-UF MG
 20-Código CBO S 09
 25 - Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 74225251691
 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI
 23-Número no CRO 12838
 24-UF MG
 25-Código CNES 581017

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-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo de Classe | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-0 | 0810010294 | LEVANTAMENTO | | | 1 | 1222,00 | 0,00 | | | | | S 09/09/20 |
| 2- | | | | | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | | | | | | |
| 7- | | | | | | | | | | | | |
| 8- | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | | |

43-Data Prescrição / Termo do Tratamento 09/09/20
 44-1-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1 222,00
 46-Total Quantidade US 222,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
 50-Data Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solidante 09/09/20
 51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20
 53-Data Local e Contrato da Empresa IMOBILIARIA PEGARIMUNDO LTDA

ODONTOLIFE - O ORGANISMO ODONTOLÓGICO INTERCÂMBIO