



530962
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/10/14/12/11

4-Data de Autorização
12/3/10/4/12/11

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8511146

7-Data Validade da Sentença
12/1/10/7/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0102025322563000001021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CLAYTON ALEXANDRE RAMOS MONTEIRO

23/09/1982

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do plano
VANESSA SOARES RAMOS MONTEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN
ODONTODOC

18-Número no CRO
43418

19-UF
MG

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11067911776471

22-Nome do Contratado Executante
DANIEL FELIPE NUNES

23-Número no CRO
43418

24-UF
MG

25-Código CNES

Enviar - RX
(1) 81000375-RMD (1) 81000375-RME
(1) 81000375-RPD (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante
DANIEL FELIPE NUNES

27-Número no CRO
43418

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.00	01810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	1	23/10/14			
2.00	01810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	1	23/10/14			
3.00	01810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	1	23/10/14			
4.00	01810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	1	23/10/14			
5.00	01810000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00	1	23/10/14			
6.00												
7.00												
8.00												
9.00												
10.00												
11.00												
12.00												
13.00												
14.00												
15.00												

43-Data Revisão Técnico do Tratamento
12/3/10/4/12/11

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodiagnóstico 4-Ulceras/Emagrecimento

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1134,00

47-Valor Total R\$
10,00

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), 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 Assin. do Cirurgião-Dentista Solicitante
23/10/14/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/3/10/4/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
23/10/14/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/10/14/12/11

Daniel Felipe Nunes
CRO-MG-43.418