



1-Registro ANS 406414  
3-Data de Emissão da Guia 23/11/21  
4-Data de Autorização 12/8/112/12/10  
5-Sentença AUTORIZADO  
6-Número da Guia Principal 8166764  
7-Data Validade da Sentença 23/10/3/12/11  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário  
8-Número da Carteira 002021534212200000101  
9-Plano POS REDE PRESTADORA  
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA  
11-Data Validade da Carteira  
12-Nome do titular do plano WELINGTON DE OLIVEIRA CRISTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento  
13-Nome WELINGTON DE OLIVEIRA CRISTO  
14-Telefone 0310/1965  
15-Nome do titular do plano WELINGTON DE OLIVEIRA CRISTO  
16-Alimentação a RN ODONTODOC  
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC  
18-Número no CRO 43418  
19-UF MG  
20-Código CBO S 09  
21-Código na Operadora / ONP / OPF 11087191777647  
22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES  
23-Número no CRO 43418  
24-UF MG  
25-Código CNES (I) 81000405  
26-UF MG  
27-Número no CRO 43418  
28-UF MG  
29-Código CBO S

DANIEL FELIPE NUNES  
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,8100	0,00			28/11/21		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 28/11/21  
44-Tipo de Atendimento 121-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência  
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial  
46-Trial Quantidade US 7,8100  
47-Valor Total R\$ 0,00  
48-Trial Franquia / Co-participação R\$

49-Observação  
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 assinar este 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 28/11/21  
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/21  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/21  
53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/11/21  
CNP: 16.000.000/0001-09  
ODONTODOC 40610001-09

Daniel Felipe Nunes  
CRO-MG 43.418