



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/9/11/20	4-Data de Autorização 10/9/11/20	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8033011	7-Data Validade da Semana 10/7/10/21	414300 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

10-Empresa	11-Data validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	
13-Plano	14-Número da Carteira	
POS REDE PRESTADORA	0002025311973000000101	

13-Nome BRUNA DE OLIVEIRA NASCIMENTO	14-Telefone () - - - - - - 	15-Nome do titular do plano BRUNA DE OLIVEIRA NASCIMENTO
--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
18-Número no CRO 41157	19-UF MG
20-Código CBO S	
025 - Faturar Empresa	

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	321938498810
22-Nome do Contratado Executante	ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
23-Número no CRO	41157
24-UF	MG
25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante	ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
27-Número no CRO	41157
28-UF	MG
29-Código CBO S	

Enviar - RX
 (i) 82001286-38
 (i) 82001286-48

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42-Assinatura do Responsável
1- 0 0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	36	1	1	7 3 0 0	0 0 0		S	02 11 1	20	
2- 0 0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	7 3 0 0	0 0 0		S	02 11 1	20	
3- 0 0	8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	1	3 6 1 0 0	0 0 0 0		S	02 11 1	20	
4- 0 0	8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	48	1	1	3 6 1 0 0	0 0 0 0		S	02 11 1	20	
5- 0 0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0		S	02 11 1	20	
6- 0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0		S	02 11 1	20	
7- 0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0		S	02 11 1	20	
8- 0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0		S	02 11 1	20	
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Termino 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-Total Quantitativo US 47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação

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 do tratamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]