



1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 10 9 1 0 6 1 2 1	4-Dados de Autorização 10 9 1 0 6 1 2 1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8660007	7-Data Validade da Sentença 10 7 1 0 9 1 2 1
--------------------------	--	--	---------------------------------	---------------------------------------	---

578871
INTERCÂMBIODados do Beneficiário

8-Número da Carteira	00202533999500000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	1/1/11
12-Número do Contrato	

13-Nome	16/11/1989	14-Telefone	() -
BRUNO DA SILVA RODRIGUES			
13-Nome do titular do plano	BRUNO DA SILVA RODRIGUES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alinhamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CRO's
N	ODONTODOC	43418	MG	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	110679177647
22-Nome do Contratado Executante	DANIEL FELIPE NUNES
23-Número no CNO	43418
24-UF	MG
25-Código CINES	
Enviar - RX (1) 81000421-	

26-Norma do Profissional Exercentista	27-Minimo no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DANIEL FELIPE NUNES	43418	MG	(f) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

	43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia - Co-participação R\$
16						

43-Data Fim do Termo do Tratamento	10/10/21
44-Tipo de Atendimento	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Tratamento	1- Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	28,00
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Co-pagto-pagto R\$	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima e por mim assinado(s), (foram realizados) 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2011	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2011	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2011 A. Bruna de Paula	53-Dia, local e Capital da Empresa 29/10/2011
--	--	---	--

CPH: 19.33.6.406/0001