



1-Registro ANS	406414
3-Dia de Emissão da Guia	10/9/2016 12:11
4-Dia de Autorização	10/9/2016 12:11
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8680052
7-Dia Validade da Senha	10/7/2019 12:11

578878
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	0002025339950000102																								
9-Plano	POS REDE PRESTADORA																								
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA																								
11-Data Validade da Carteira	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12														
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																									

13-Nome	EMANUELLY VITORIA SANTOS RODRIGUES
24/02/2013	
14-Telefone	() -
15-Nome do titular do plano	BRUNO DA SILVA RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Norma do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CEO S
ODONTODOC	43418	MG	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	110679177647
22-Nome do Contratado Executante	DANIEL FELIPE NUNES
23-Numero na CRO	43418
24-UF	MG
25-Código CNES	Enviar - RX (I) 8100421-RPPI (II) 8100421-

25-Nome do Profissional Exatante	26-Número no CRO	27-U/F	28-Código CBO S
BANIEL FELIPE NUNES	43418	MG	(I) 81000421-RPSE (I) 81000405 (II) 81000421-RPPI

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Revista	31-Código de 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 da Class	42-Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	09 06 21		
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	09 06 21		
3- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	09 06 21		
4- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1 4 0 0		0 0 0 0	S	09 06 21		
5- 0 0	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0		0 0 0 0	S	09 06 21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento	09/10/2011
44-Tipo de Atendimento	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cotodonria 4-Infância/Emergência
45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	13400
47-Valor Total R\$	000
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	09/11/06/11/04/1
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/09/11/06/11/04/1
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/09/11/06/11/04/1
54-Data, local e Carimbo da Empresa	09/11/06/11/04/1

7

OPONTOPRO LIDA
CNPJ: 19.805.406/0001-94