



|                          |                                            |                                        |                          |                                        |                                              |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/11/03/12/3 | 4-Data de Autorização<br>10/11/03/12/3 | 5-Sentença<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>10944697 | 7-Data Validade da Sentença<br>13/01/05/12/3 |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|

1356021  
INTERCÂMBIO

|                                                       |                                |                                      |                                             |                                       |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10/02/02/55/06/99/00/00/01/01 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11 | 12-Número de Cartão Nacional de Saúde |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|

|                           |                              |                                               |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|
| 13-Nome<br>LEONARDO GOMES | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>LEONARDO GOMES |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|

|                          |                                                                    |                           |             |                                                                               |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO | 18-Número no CRO<br>41157 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(f) 85200158-15 |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|

|                                                     |                                                                          |                           |             |                           |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|
| 21-Código na Operação / CNU / CPF<br>21474706000165 | 22-Nome do Contratado Excludente<br>CIEL SERVICOS ODONTOLÓGICOS S/S LTDA | 23-Número no CRO<br>41157 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES<br>9947396 |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|

|                                                                   |                           |             |                 |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Excludente<br>ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO | 27-Número no CRO<br>41157 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dent./Região | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo de Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 85200158                  | TRATAMENTO ENDODONTICO | 15              | 1       | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 |        | 10/03/12              |                    | Antônio       |
| 2-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-1      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-1      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-1      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-1      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-1      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-1      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>533,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

|                                                                                |                                                                    |                                                                         |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 49-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>02/10/03/14/23 | 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>02/10/03/14/23 | 51-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>02/10/03/12/3 | 52-Data local e Assinatura do Contato da Empresa<br>02/10/03/12/3 |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

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 de profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação