



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AF

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
09/10/11

4-Data de Autorização  
12/10/11

5-Senha  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
10746279

7-Data Validade da Senha  
09/10/11

1287855  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
0020202530004000000106

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira  
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
RONALDO RESENDE LOPES

14-Teléfono  
26/04/1970

15-Nome do titular do plano  
SILVIA PATRICIA PEREZ FARIAS LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS

17-Nome do Profissional Solicitante  
AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS

18-Número no CRO  
62695

19-UF  
MG

20-Código CEO S  
025 -  
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1416711068001180

22-Nome do Contratado Executante  
ALANE ODONTOLOGIA LTDA

23-Número no CRO  
37570

24-UF  
MG

25-Nome do Profissional Executante  
AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS

26-Nome do Profissional Executante  
AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS

27-Número no CRO  
62695

28-UF  
MG

29-Código CEO S  
025 -  
Faturar Empresa

30-Código no CRO  
37570

31-UF  
MG

32-Código CEO S  
025 -  
Faturar Empresa

33-Número no CRO  
37570

34-UF  
MG

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glasa 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0       | 0185100200                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 21              | IM      | 1      | 88,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 12/10/11              | RONNARD                          |
| 2-0       | 0185100200                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 34              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 12/10/11              | RONNARD                          |
| 3-0       | 018510047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/10/12              | x RONNARD                        |
| 4-0       | 018510047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/10/12              | x RONNARD                        |
| 5-0       | 018510047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/10/12              | x RONNARD                        |
| 6-0       | 018510047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/10/12              | x RONNARD                        |
| 7-0       | 018110030                 | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/10/12              | x RONNARD                        |
| 8-0       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-0       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10-0      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11-0      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12-0      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13-0      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14-0      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15-0      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

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\$

Dedare, 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 habilitado e arcar com as despesas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com 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

Ortodontólogo - ME

R. Alexandra Marques, 348

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
12/10/11 09:23 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
12/10/11 12:13 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Engenheiro  
12/10/11 12:13 [Assinatura]

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e/ou com as funções previstas em contrato, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

ALANE ODONTOLOGIA LTDA

Uberlândia - Minas Gerais

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4\*

1287814  
IN TERCÂMBIO

|                                                        |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                               | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/10/2013                                      | 4-Data de Autorização<br>09/10/2013  | 5-Sentença<br>AUTORIZADO     | 6-Número da Guia Principal<br>10746284 | 7-Data Validade da Sentença<br>09/10/2013                                   | 12-Número de Cartão Nacional de Saúde |
| Dados do Beneficiário                                  |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>00020253000400000105           | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                               | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do titular do pl no          | 13-Nome<br>LEANDRO FARIAS LOPES                                             |                                       |
| Dados do Contratado Responde por pelo Tratamento       |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                               | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS | 18-Número no CR<br>62695             | 19-UF<br>MG                  | 20-Código CBO S                        | 21-Nome do Contratado Executante<br>ALANE ODONTOLOGIA LTDA                  |                                       |
| 21-Código na Operadora / CNF J / CPF<br>41671068000130 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALANE ODONTOLOGIA LTDA                   | 23-Número n.º CRO<br>37570           | 24-JF<br>N/G                 | 25-Código CNES<br>2942496              | 26-Nome do Profissional Executante<br>AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS |                                       |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados        |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 30-Tabela                                              | 31-Código do Procedimento                                                    | 32-Descrição                         | 33-Dia / Hora / Região       | 34-Face                                | 35-Ctd                                                                      | 36-Quantidade US                      |
| 1-0001810000030                                        | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                                        |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 2-0001840000198                                        | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                        | HASE                                 |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 3-0001840000198                                        | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                        | HASD                                 |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 4-0001840000198                                        | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                        | HAIE                                 |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 5-0001840000198                                        | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                        | HAID                                 |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 6-0001830000089                                        | EXODONTIA SIMPLES DE                                                         | 65                                   |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 7-0001851000196                                        | RESTAURAÇÃO RESINA                                                           | 16                                   |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 8-0001851000196                                        | RESTAURAÇÃO RESINA                                                           | 26                                   |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 9-0001851000196                                        | RESTAURAÇÃO RESINA                                                           | 36                                   |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 10-0001851000196                                       | RESTAURAÇÃO RESINA                                                           | 46                                   |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 11                                                     |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 12                                                     |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 13                                                     |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 14                                                     |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 15                                                     |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento                 |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 44-Tipo de Atendimento                                 |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 45-Tipo de Fatura (nento)                              |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 46-Total Que Ridade US                                 |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 47-Valor Total R\$                                     |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$                |                                                                              |                                      |                              |                                        |                                                                             |                                       |

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 obrigações do profissional assistente a 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 a prestação de serviços de saúde e de assistência social, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
12/10/2013

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Entidade  
12/10/2013

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
12/10/2013

ALANE ODONTOLOGIA LTDA

Ortodontólogo - ME

53-Data local e Assinatura do Profissional Assistente  
12/10/2013

54-Data local e Assinatura do Profissional Assistente  
12/10/2013

55-Data local e Assinatura do Profissional Assistente  
12/10/2013

56-Data local e Assinatura do Profissional Assistente  
12/10/2013

Uberlândia - Minas Gerais



|                                                                                                                  |  |                                                                              |  |                                                 |  |                                                             |  |                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                         |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>1   0   0   1   1   2   3                       |  | 5-Sonata<br>AUTORIZADO                          |  | 6-Número da Guia Principal<br>10752007                      |  | 7-Data Validade da Senha<br>1   0   1   0   4   1   2   3 |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                            |  |                                                                              |  |                                                 |  |                                                             |  |                                                           |  |
| 8-Número da Carteira<br>1   0   0   2   0   2   5   5   1   5   4   6   9   0   0   0   0   1   0   1            |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                               |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA            |  | 11-Data Validade da Carteira<br>      /       /             |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                     |  |
| 13-Nome<br>JOSE FERNANDO OLIVEIRA SILVA                                                                          |  | 26/11/1970                                                                   |  | 14-Telefone<br>(     )       -                  |  | 15-Nome do titular do plano<br>JOSE FERNANDO OLIVEIRA SILVA |  |                                                           |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                  |  |                                                                              |  |                                                 |  |                                                             |  |                                                           |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS |  | 18-Número no CRQ<br>62695                       |  | 19-UF<br>MG                                                 |  | 20-Código CBO S                                           |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>4   1   1   6   7   1   0   6   1   8   0   0   0   1   8   0             |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALANE ODONTOLOGIA LTDA                   |  | 23-Número no CRQ<br>37570                       |  | 24-UF<br>MG                                                 |  | 25-Código CNES<br>2942496                                 |  |
| 26-Nome do Profissional Excitante<br>AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS                                       |  | 27-Número no CRQ<br>62695                                                    |  | 28-UF<br>MG                                     |  |                                                             |  |                                                           |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                  |  |                                                                              |  |                                                 |  |                                                             |  |                                                           |  |
| 30-Tabela<br>1-0   0   8   1   0   0   0   3   0                                                                 |  | 32-Descrição<br>CONSULTA ODONTOLÓGICA                                        |  | 33-Dente/Régio<br>1           3   4     0   0   |  | 37-Valor                                                    |  | 39-Franquia/Co-participação R\$<br>      0   0            |  |
| 40-Data Previsão Término do Tratamento<br>      /       /                                                        |  | 43-Tipo de Atendimento<br>    1-Total 2-Parcial                              |  | 45-Tipo de Faturamento<br>    1-Total 2-Parcial |  | 46-Total Quantidade US<br>      3   4     0   0             |  | 47-Valor Total R\$<br>          0     0   0               |  |
| 44-Tipo de Atendimento<br>    1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiográfico 3-Odontofilia 4-Urgência/Emergência |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>          0     0   0             |  |                                                 |  |                                                             |  |                                                           |  |

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 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, a comissão contratada que assina esse documento, em valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[41641068/0001-801]

49-Observação

ALANE ODONTOLOGIA LTDA

Orderbook 1/1

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dale, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

3-Data, local e Carimbo da Empresa

~~Mr. B. Martins~~ - CEP 38400-446

Uberlândia - Minas Gerais



Transmitido para rede e-sepi

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1308844  
INTERCÂMBIO

|                                                        |                                            |                                        |                                      |                                         |                                             |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                               | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/3/10 11/23 | 4-Data de Autorização<br>13/1/10 11/23 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                | 6-Número da Guia Principal<br>10802612  | 7-Data Validade da Senha<br>12/3/10 14/12/3 |
| Dados do Beneficiário                                  |                                            |                                        |                                      |                                         |                                             |
| 8-Número da Carteira<br>1001202543689300000101         | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA             |                                        | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/1/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde       |
| 13-Nome<br>MARCELA APARECIDA SILVA                     |                                            |                                        |                                      |                                         |                                             |
| 14-Telefone<br>( ) - - - - -                           |                                            |                                        |                                      |                                         |                                             |
| 15-Nome do titular do plano<br>MARCELA APARECIDA SILVA |                                            |                                        |                                      |                                         |                                             |

|                                                                             |                                                                              |              |                 |         |        |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                             |                                                                              |              |                 |         |        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                    | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS |              |                 |         |        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>411671068000180                      | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALANE ODONTOLOGIA LTDA                   |              |                 |         |        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS |                                                                              |              |                 |         |        |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                             |                                                                              |              |                 |         |        |
| 30-Tabela                                                                   | 31-Código do Procedimento                                                    | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glusa 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0       | 0184000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 11/11                 | Debu                             |
| 2-0       | 0184000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 11/11                 | Debu                             |
| 3-0       | 0184000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 11/11                 | Debu                             |
| 4-0       | 0184000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 11/11                 | Debu                             |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                  |                              |                                               |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>140,00 | 47-Valor Total R\$<br>149,67 | 48-Total Franquia/Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|

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 a arcar com os custos do tratamento, conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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                                                                                              |                                                                                     |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>10/3/11 08/12/11 Amanda Medrak            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/3/11 08/12/11 Amanda Medrak |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/3/11 08/12/11 Marcela Aparecida Silva      |                                                                                     |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>10/3/11 08/12/11 B. Martins CAP 32400-416 Uberlândia - Minas Gerais |                                                                                     |
| 54-Data, local e Assinatura do Operador<br>10/3/11 08/12/11 R. Alexandria Martins 348                      |                                                                                     |



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluída 30/03/2015



1318820  
INTERCÂMBIO

|                                                                             |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                    | 3-Data de Emissão da Guia<br>30/01/11/23 | 4-Data de Autorização<br>09/01/12/23 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>10834379                         | 7-Data Validade da Guia<br>30/04/12/23 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| Dados do Beneficiário                                                       |                                          |                                      |                       | 11-Data Validade da Carteira                                   |                                        |                                       |
| 10-020255484460000102                                                       |                                          |                                      |                       | 11-Data Validade da Carteira                                   |                                        |                                       |
| 13-Nome<br>ANA VICTORIA BATISTA RIBEIRO                                     |                                          |                                      |                       | 15-Nome do titular do plano<br>VANDERLEY BATISTA DO NASCIMENTO |                                        |                                       |
| 27/12/2015                                                                  |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 14-Telefone                                                                 |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                        |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 18-Número no CRO<br>62695                                                   |                                          |                                      |                       | 20-Código CBO S                                                |                                        |                                       |
| 19-UF<br>MG                                                                 |                                          |                                      |                       | 24-UF<br>MG                                                    |                                        |                                       |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS   |                                          |                                      |                       | 25-Código CNES<br>2942496                                      |                                        |                                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>41671068000180                       |                                          |                                      |                       | 27-Número no CRO<br>62695                                      |                                        |                                       |
| 28-Nome do Profissional Executante<br>AMANDA MODRAK BOHNEMBERGER SOUZA REIS |                                          |                                      |                       | 29-Código CBO S                                                |                                        |                                       |
| 30-Tabella                                                                  |                                          |                                      |                       | 37-Valor                                                       |                                        |                                       |
| 31-Código do Procedimento                                                   |                                          |                                      |                       | 38-Franquia/Co-participação R\$                                |                                        |                                       |
| 32-Descrição                                                                |                                          |                                      |                       | 39-Aut                                                         |                                        |                                       |
| 33-Dente/Região                                                             |                                          |                                      |                       | 40-Data de Realização                                          |                                        |                                       |
| 34-Face                                                                     |                                          |                                      |                       | 41-Motivo da Glósa 42-Assinatura                               |                                        |                                       |
| 35-Qtd                                                                      |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 36-Quantidade US                                                            |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 37-Valor                                                                    |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 38-Franquia/Co-participação R\$                                             |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 39-Aut                                                                      |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 40-Data de Realização                                                       |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 41-Motivo da Glósa 42-Assinatura                                            |                                          |                                      |                       |                                                                |                                        |                                       |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento                                      |                                          |                                      |                       | 44-Tipo de Atendimento                                         |                                        |                                       |
| 45-Tipo de Atendimento                                                      |                                          |                                      |                       | 46-Tipo de Atendimento                                         |                                        |                                       |
| 46-Tipo de Atendimento                                                      |                                          |                                      |                       | 47-Valor Total R\$                                             |                                        |                                       |
| 47-Valor Total R\$                                                          |                                          |                                      |                       | 48-Total Franquia / Co-participação R\$                        |                                        |                                       |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                     |                                          |                                      |                       | 49-Observação                                                  |                                        |                                       |
| 49-Observação                                                               |                                          |                                      |                       | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista              |                                        |                                       |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                           |                                          |                                      |                       | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista              |                                        |                                       |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                           |                                          |                                      |                       | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável      |                                        |                                       |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável                   |                                          |                                      |                       | 53-Data, local e Assinatura do Responsável                     |                                        |                                       |
| 53-Data, local e Assinatura do Responsável                                  |                                          |                                      |                       | 54-Data, local e Assinatura do Responsável                     |                                        |                                       |

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, compreendendo-me a pagar em meu nome e por minha conta no ato da prestação de serviços odontológicos os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Responsável

54-Data, local e Assinatura do Responsável