



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 11/21	4-Data de Autorização 10/8/10 21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8224457	7-Data Validade da Guia 12/2/10 4/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

460073
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202529909400000104	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 GABRIEL MIRANDA DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JONATHAS MICHAEL CASSEMIRO
--	------------------------------	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110617911776471	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES (1) 81000421-RIS	26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--	---	---------------------------	-------------	------------------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000421-RIS

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 Gênes	42-Assinatura
1-10	01810004211	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/09/2011	09/09/2011	
2-10	01810004211	RX PERIAPICAL	RIL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	10/09/2011	09/09/2011	
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 Previsto Término do Tratamento 10/09/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 128,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/2011	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2011	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2011	53-Data Local e Carimbo da Empresa 10/09/2011
--	--	--	--

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 acordo satisfatório. 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

ODONTODOC LTDA
CNPJ: 19.806.406/0001-94