



443600
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 21/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8156493	7-Data Validade da Senha 18/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Grupo do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025335100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WILKERSON AUGUSTO DE OLIVEIRA	14-Telefone (31) 98908-9443	15-Nome do titular do plano JARDEL SOARES DE OLIVEIRA
--	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04798519642	22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 44352	28-UF MG	29-Código CBO S		

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 Glosa	42-Assinatura
1-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	00	0,00		S	06/01/20		X Wilkerson
2-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	00	0,00		S	06/01/20		X Wilkerson
3-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	00	0,00		S	06/01/20		X Wilkerson
4-0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	00	0,00		S	06/01/20		X Wilkerson
5-0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	1	61	00	0,00		S	06/01/20		X Wilkerson
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 205,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/01/20 BH Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/20 BH Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/20 BH X Wilkerson Augusto de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/01/20 BH LOPES ODONTOLOGIA CNPJ 34.671.405/0001-73
--	--	---	--