



397882
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2019	4-Data de Autorização 19/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7966737	7-Data Validade da Guia 14/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253187320000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome GUSTAVO HENRIQUE FERREIRA DE OLIVEIRA		14-Telefone 13/10/1993	15-Nome do titular do plano GRAZIELLE RODRIGUES TAVARES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CRO 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 CRO S	

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 Guia	42-UF
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	S		23/10/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00	S		23/10/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	S		23/10/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/20	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 183,00	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/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 Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CRO-MG 44.352	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/20 Belo Horizonte	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20 Belo Horizonte	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20 Belo Horizonte	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20 Belo Horizonte
---	--	--	--	--

