



440623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/12/20	4-Data de Autorização 21/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8144482	7-Data Validade da Senha 14/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253255450000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCOS VINICIUS MOREIRA CUNHA		14-Telefone 06/02/1994 (31) 97364-8384	15-Nome do titular do plano MARCOS VINICIUS MOREIRA CUNHA		
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 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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00			07/01/21		gmanuel
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 26/01/21	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 73,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/01/21 BH Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/21 BH Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/01/21 BH Marcos Vinicius M. eunior	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/01/21 BH
--	--	---	--