



453907
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 15/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8196317	7-Data Validade da Senha 14/04/21
8-Número da Carteira 00202534686100000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome WALISSON JUNIO DE OLIVEIRA CANDIDO					
14-Telefone (31) 91816119-2181341					
15-Data de Validação da Guia 10/02/1994					
16-Atendimento a RH 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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/01/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/01/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/01/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/01/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/01/21	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 144,00	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 25/01/21 BH	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 BH	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 BH	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/01/21 BH
--	--	--	--



X Walisson Junio

