



449328
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/21	4-Data de Autorização 07/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8178396	7-Data Validade da Senha 07/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534285300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA BRAGA DE SOUSA DA SILVA		14-Telefone 20/05/1987 (81) 991362-114511	15-Nome do titular do plano ANA PAULA BRAGA DE SOUSA DA SILVA		
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 Causa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,00	0,00	0,00	S	12/01/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	12/01/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	12/01/21		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00	0,00	S	12/01/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	12/01/21		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	12/01/21		
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	12/01/21		
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	12/01/21		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/01/21	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 38,00	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 12/01/21 BH	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/21 BH	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21 BH	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/21 BH
---------------	--	--	--	--

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

*Ana Paula braga de Sousa da Silva

LOPES
ODONTOLOGIA
CNPJ 34.671.405/0001-73