



598573
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Código de Entidade no Guia
2 5 1 0 6 1 2 1

4-Dato de Autuação
2 9 1 0 6 1 2 1

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8744850

7-Data Validade da Série
2 3 1 0 9 1 2 1

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 5 1 7 4 2 0 0 0 0 0 1 0 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dado Validade da Carteira
1 1 1 1 1 1 1 1

12-Numero do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
MARIANA SALVIO LOPES

14-Telefone
31 9 5 7 1 9 4 1 7 0 8 1 0 1

15-Nome do titular do plano
MARIANA SALVIO LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
N

17-Nome do Profissional Responsável
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

18-Numero no CRO
44352

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 4 7 9 8 5 1 9 6 4 2

22-Numero no CRO
44352

23-UF
MG

24-Numero no CRO
44352

25-Código CNES
Enviar - RX
(IF) 85200158-26

26-Nome do Profissional Executante
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

27-Numero no CRO
44352

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Substituídos

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Escala	35-Cor	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dado de Realização	41-Vicino da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26	1	5 3 3 0 0	0,00			5 2 0 1 0 7 1 2 1		dujuba
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dado Previsto Término do Tratamento
29/07/21

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
5 3 3 0 0

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, compreendendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-D-Local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante
28/10/21 BH

51-D-Local e Assinatura do Conselho-Dentista
28/10/21 BH

52-D-Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/10/21 BH

53-D-Local e Assinatura da Empresa
28/10/21 BH

54-D-Local e Assinatura do Profissional
28/10/21 BH

CNPJ: 08.000.000/0001-73
WANDERSON LOPES
CRM-MG: 41358

CNPJ: 08.000.000/0001-73
WANDERSON LOPES
CRM-MG: 41358

CNPJ: 08.000.000/0001-73
WANDERSON LOPES
CRM-MG: 41358