



405834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999583	7-Data Válida da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

8-Número da Carteira 000202522779900000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KESIA GABRIELLE LOURENCO DA SILVA			14-Telefone (31) 98537-1238	15-Nome do titular do plano FERNANDO MENDES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento 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	Enviar - RX (IF) 85200158-16
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	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16	1		533,00	0,00		S	14/12/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão Término do Tratamento 14/11/20	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 533,00	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 14/12/20 BH	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20 BH	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 BH	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20 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

* Fernando Mendes

LOPES
ODONTOLOGIA
CNPJ 34.671.405/0001-73