

2-N^o

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 1 8 // 1 0 // 2 1 4-Dados de Autorização 1 9 // 1 0 // 2 1 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9180013 7-Dados Validade da Senha 1 6 // 0 1 // 2 2 742402 INTERCÂMBIO

5-Valor de um centavo	0	0	2	0	2	5	3	5	3	4	5	0	0	0	0	0	1	0	4	
8-Plano	POS REDE PRESTADORA																			
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA																			
11-Data Validade da Carteira																				
12-Número do Cartão Nacional do SUS	..																			

YASMIN VICTORIA DIAS SOARES	23/11/2013	(31) 9 911 44-15 91814	RAONY DIAS MIRANDA
-----------------------------	------------	------------------------	--------------------

16-Ancionamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18-Número do CRO 44352	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
----------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	04798519642
22-Nome do Contratado Funcionário	WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
23-Número no CRO	44362
24-JF	MG
25-Código CHES	

WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	44352	MG	
-----------------------------------	-------	----	--

[illegible]

43-Dura Perda de Termínio do Tratamento <u>19/11/21</u>	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Otorinolaringológico 3-Otorrinolaringológico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US <u>298,00</u>	47-Mais Total R\$ <u>0,00</u>	48-Total Franquia / Co-participação R\$ <u>0,00</u>
--	--	--	---	----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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), foforam 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.

[illegible]

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	11/9/11/10/12/11	BH
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/9/11/10/12/11	BH
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/9/11/10/12/11	BH
53-Dia, local e Carimbo da Empresa	11/9/11/10/12/11	BH