



367763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 01/11/2019 4-Data de Autização 02/11/2019 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7838598 7-Data Validade da Guia 13/01/2020

8-Número da Carteira 0020202531059700000105 9-Bairro POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome STEFFANY GABRIELLY SILVA MARCAL 29/05/2003 14-Telefone (31) 850514506 15-Nome do titular do plano MARCILENE OLIVEIRA GONCALVES

16-Atribuição a RIV WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 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 / CNES / 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

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsis	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00					
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00					
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00					
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00					
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/09/2020 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 244,00 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) acima, e por mim assinado(s), 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-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Desempenho

50-Dados, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 51-Dados, local e Assinatura do Grupo-Dentista 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados, local e Assinatura da Empresa

CNPJ 34.671.405/0001-73