



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
19/07/21

4-Data de Autorização
19/07/21

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8828158

7-Data Validação da Santa
17/10/21

624357
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025301050000103

9-Polígono
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validação da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

SAMUEL FERREIRA MAGALHAES

06/02/2010

14-Telefone
(31)917504-06118

15-Nome do titular do plano
IDELENA RAIMUNDA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

17-Nome do Contratado Executante
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
44352

19-UF
MG

20-Código CBO 5

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 CHES

26-Nome do Profissional Executante
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
44352

28-UF
MG

29-Código CBO 5

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-Dados de Realização	41-Moeda da Guia 42-Autorização
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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-Dados Pagamento / Tipo de Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Valor Total US
47-Valor Total R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagadora 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.

48-Observação

50-Dados Local e Assinatura do Conselho-Dentista Beneficiário

51-Dados Local e Assinatura do Conselho-Dentista

52-Dados Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dados Local e Assinatura da Empresa

Assinatura: R. Ferreira