



382754
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
2-Dia de Emissão do Guia 24/10/2019
3-Dia de Anulação 28/10/2019
4-Situação AUTORIZADO
5-Número da Guia Principal 7904152
6-Dia de Validade da Guia 23/11/2019
7-Data de Realização

8-Plano POS REDE PRESTADORA
9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
10-Endereço (81) 98151911-44134
11-Dia de Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUISA MARTINS DE OLIVEIRA
14-Data de Nascimento 29/07/1996
15-Nome do titular do plano LUISA MARTINS DE OLIVEIRA

16-Endereço WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
17-Número 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 da Operadora (OPE) / CIP 04798519642
22-Nome do Contratado Encarregado WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
23-Número no CRO 44352
24-UF MG
25-Código CNE S
26-Endereço WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
27-Número no CRO 44352
28-UF MG
29-Código CBO S
30-Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85200140-47

30-Data	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Acentuação
01/01/2019	85200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	47	1	1	3,3	0,0	0,0	0	01/01/2019		
02/01/2019	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	0,0	0,0	0	02/01/2019		
03/01/2019	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	0,0	0,0	0	03/01/2019		
04/01/2019	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	0,0	0,0	0	04/01/2019		
05/01/2019	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	0,0	0,0	0	05/01/2019		
06/01/2019												
07/01/2019												
08/01/2019												
09/01/2019												
10/01/2019												
11/01/2019												
12/01/2019												
13/01/2019												
14/01/2019												
15/01/2019												

43-Data Final do Tratamento 08/10/2019
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 4777,00
47-Valor Total R\$ 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-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), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo o 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.
D. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CIRURCEAO DENTISTA
50-Enviar RX Inicial e final na produção.

50-Dona, Local e Assinatura do Contratado-Odontologista Solicitante 08/11/2019 Belo Horizonte
51-Dona, Local e Assinatura do Contratado-Odontologista 08/11/2019 Belo Horizonte
52-Dona, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2019 Belo Horizonte
53-Dona, Local e Assinatura da Empresa 08/11/2019 Belo Horizonte

LUISA MARTINS DE OLIVEIRA
CNPJ 34.671.405/0001-73