



589314
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 11/08/2011 4-Data de Autorização 09/07/2011 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 8714841 7-Data Validação da Guia 16/09/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538243900000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SUELEM TATIANE DE FREITAS

25/07/1991

14-Telefone (12) 996621-0148

15-Nome do titular do plano SUELEM TATIANE DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Anciamento 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

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-DenteRegião	34-Face	35-Cor	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Autorização
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	17	1	1	73,00	0,00			10/07/24		
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	47	1	1	73,00	0,00			10/07/24		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/07/24 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 146,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Prestadora 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 10/07/24 BH

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/24 BH

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/24 BH

53-Data, local e Cartão da Empresa 10/07/24 BH