



358760
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 18/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7795948	7-Data Validade da Senha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531059700000105		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome STHEFANY GABRIELLY SILVA MARCAL		14-Telefone (31) 8505-4506	15-Nome do titular do plano MARCILENE OLIVEIRA GONCALVES		

16-Atendimento 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	

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-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/08/20		x Sthefany
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/20	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 34,00	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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20 MARCILENE OLIVEIRA GONCALVES CNPJ 34.671.405/0001-73	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/08/20 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352
--	--	---	--