



458076
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
 3-Data de Emissão da Guia: 20/01/21
 4-Data de Autorização: 20/01/21
 5-Senha: AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal: 8213529
 7-Data Validade da Senha: 20/04/21

8-Número da Carteira: 0020253464450000102
 9-Plano: POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira: / /
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: / / /

13-Nome: MIGUEL MOURA ALEXANDRE
 14-Telefone: (31) 98970-7962
 15-Nome do titular do plano: GILBRAN LUCAS ALEXANDRE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento: 08/04/2015
 16-Atendimento e RN: N
 17-Nome do Profissional Solicitante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 04798519642
 22-Nome do Contratado Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
 18-Número no CRD: 44352
 19-UF: MG
 20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
 23-Número no CRD: 44352
 24-UF: MG
 25-Código CNES: / /

26-Nome do Profissional Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
 27-Número no CRD: 44352
 28-UF: MG
 29-Código CBO S: / /

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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/01/21		<i>Miguel Moura</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 21/01/21
 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 Solicitante: 21/01/21 BH
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 21/01/21 BH
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 21/01/21 BH
 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 21/01/21 BH

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
 CIRURGIÃO DENTISTA
 CRM 44.352

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
 CIRURGIÃO DENTISTA
 CRM 44.352

x Gilbran Lucas Alexandre

