



527081
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização 22/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8497188	7-Data Validade da Senha 18/07/21
8-Número da Carteira 00202531368400000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JULIA FABIA LOURENCO MOREIRA			14-Telefone (31) 988548288	15-Nome do titular do plano CINTIA LOURENCO DA SILVA	
16-Atendimento a 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		23-Número no CRO 44352	
24-UF MG		25-Código CBO S 025 -		26-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200	
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-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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			13/05/21		X Cintia
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00			13/05/21		X Cintia
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/05/21	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 149,00	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 13/05/21 BH Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/21 BH Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/21 BH X Cintia Lourenco da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/05/21 BH LOPES ODONTOLOGIA CNPJ 34.671.405/0001-73
--	--	--	--