



447345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/01/21 4-Data de Autorização 07/01/21 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8171626 7-Data Validade da Serina 05/04/21

8-Número da Carteira 00202521185500024502 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome PATRICIA FABIANA GONCALVES 14-Telefone (31)99449-8863 15-Nome do titular do plano JOHN MENDES PAIXAO DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 / CPT 04798519642 22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 44352 24-UF MG 25-Código CNE S 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-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-Natural
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/01/20	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/01/21 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 Solidante 08/01/20 Belo Horizonte Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/01/20 Belo Horizonte Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/01/20 Belo Horizonte x [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/01/20 Belo Horizonte LOPES ODONTOLOGIA CNPJ 34.671.405/0001-73