



449404
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/21	4-Data de Autorização 07/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8178651	7-Data Validade da Senha 07/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511761200010602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GERALDO LEONARDO ALVIM		14-Telefone 04/11/1953 (31) 98458-0400	15-Nome do titular do plano LOURDES BERNADETE COSTA ALVIM	

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 / 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-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			07/01/21		x
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/01/21	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 / Coparticipação 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 07/01/21 Belo Horizonte	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/21 Belo Horizonte	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/01/21 Belo Horizonte	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/01/21 Belo Horizonte
--	--	--	--

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

x Geraldo Leonardo Alvim

LOPES
ODONTOLOGIA
CNPJ 34.671.405/0001-73