



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-48

343401
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2020	4-Data de Autorização 22/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7724064	7-Data Validade da Senha 21/11/2020							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202506065500259501	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 PEDRO BASTOS AVELAR		14-Telefone (31) 99353521	15-Nome do titular do plano PEDRO BASTOS AVELAR									
Dados do Contratante 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 / CNP / 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	0018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/2020		Pedro Bastos Avelar
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/20		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(ram) 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 22/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2020
---	---	---	---

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 Pedro Bastos Avelar

LOPES
ODONTOLOGIA
CNPJ 34.671.405/0001-73



344888

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2017	4-Data de Autocitação 28/10/2017	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7732139	7-Data Validade da Série 21/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025060655002595011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

3-Nome

PEDRO BASTOS AVELAR

03/06/1991

14-Telefone
(51) 9935-8592

15-Nome do titular do plano
PEDRO BASTOS AVELAR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesão ao plano
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 Eseguinte
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
44352

24-UF
MG

25-Código CNES
/ /
 26-Nome do Profissional Eseguinte 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/Rapido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Clínica	42-Signatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	01	1	61,00	0,00	0,00	S	29/07/2017	Wanderlins	
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	11	1	73,00	0,00	0,00	S	29/07/2017	Wanderlins	
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dados Previstos Termino do Tratamento 29/07/2017	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 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(s) realizado(s) com meu consentimento e da 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-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

29/07/2017

Dr. Wanderlins Lopes Avila de Oliveira

CIRURGIÃO DENTISTA

CRO-MG 44.352

51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

29/07/2017

Dr. Wanderlins Lopes Avila de Oliveira

CIRURGIÃO DENTISTA

CRO-MG 44.352

52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

29/07/2017

Pedro Bastos Avelar

53-Diga, local e Cartão da Empresa

29/07/2017

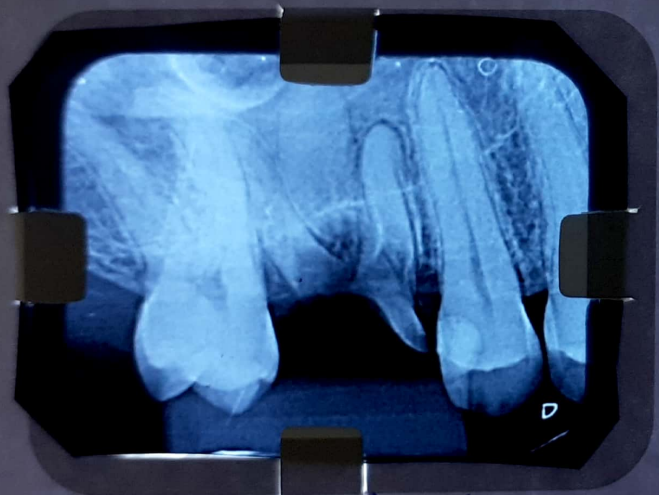
ODONTOLOGIA

CNPJ 34.671.405/0001-73

CLIENTE Pedro Bastos Avelar
INDICAÇÃO Resto Radicular

Nº 344888

DATA 29/07/2020



Rx inicial 16



Rx Final 16

OBS.: _____

GRÁFICA DALLAS (43) 3321-7680 - D-9806

o o o o o o o o o o										S	o o o o o o o o o o										
8 7 6 5 4 3 2 1											1 2 3 4 5 6 7 8										
D	8 7 6 5 4 3 2 1										1 2 3 4 5 6 7 8										E
o o o o o o o o o o											o o o o o o o o o o										