



451413
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 11/01/21 4-Data de Autorização 15/01/21 5-Série AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8185663 7-Data Validade da Guia 11/04/21

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 0020252118550050203 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MARIA EDUARDA COSTA TEIXEIRA 14-Telefone (31) 9988-1212 15-Data validade da Carteira 16-Nome do titular do plano MARCOS AURELIO TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Academico e RN N 17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 18-Numero 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-Numero no CRO 44352 24-UF MG 25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 27-Numero 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-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação -R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Com
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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), foram realizados 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.

Observação

30-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/21 BH 31-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/21 BH 32-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário - Responsável 21/01/21 BH 33-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa 21/01/21 BH

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

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

LOPES
ODONTOLÓGICA
CNPJ 34.671.404/0001-72