



360294
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7802970	7-Data Validade da Senha 18/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500094301	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 LUCIANO OLIVEIRA DE ANDRADE		14-Telefone 08/06/1975 (31) 3333-7508	15-Nome do titular do plano LUCIANO OLIVEIRA DE ANDRADE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS	18-Número no CRO 41976	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08578545699	22-Nome do Contratado Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA	23-Número no CRO 41976	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA		27-Número no CRO 41976	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-

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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	24,08	S	24/08/20		
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	23		1	73,00	0,00	24,08	S	24/08/20		
3-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00	24,08	S	24/08/20		
4-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00	24,08	S	24/08/20		
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00	24,08	S	24/08/20		
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00	24,08	S	24/08/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 281,00	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	CLINICA ODONTOLÓGICA ODONTOPLUS LTDA CNPJ: 21.401.745/0001-32 CRO-MG 4470	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/08/20
---	---	---	---

Walquiria Oliveira Zica
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 41976