

|                                                           |                                                  |                                                             |                       |                                                      |                                                          |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                  | 3-Data de Emissão da Guia<br>20/06/20            | 4-Data de Autorização<br>01/07/20                           | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7648015                | 7-Data Validade da Senha<br>18/09/20                     |
| Dados do Beneficiário                                     |                                                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                              |                       | 10-Empresa<br>GRECA TRANSPORTES DE CARGAS            | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202510635200011002              |                                                  | 14-Telefone<br>( ) -                                        |                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                |                                                          |
| 13-Nome<br>FABRICIA DE LOURDES ANDRADE                    |                                                  | 04/04/1991                                                  |                       | 15-Nome do titular do plano<br>SERGIO ADRIANO MACIEL |                                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento           |                                                  | 18-Número no CRO<br>18381                                   | 19-UF<br>MG           | 20-Código CBO S<br>09                                | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421- |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTODOC | 23-Número no CRO<br>18381                                   | 24-UF<br>MG           | 25-Código CNES                                       |                                                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>80071929649        |                                                  | 27-Número no CRO<br>18381                                   | 28-UF<br>MG           | 29-Código CBO S                                      |                                                          |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>ANDERSON LARA E SILVA |                                                  | 26-Nome do Profissional Executante<br>ANDERSON LARA E SILVA |                       |                                                      |                                                          |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |               | 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 |
|-------------------------------------------------|---------------------------|---------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição  |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 1-                                              | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 15/07/20              |                    |               |
| 2-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>15/07/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>14,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 Solicitante<br>15/07/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/07/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>15/07/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>15/07/20 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

ODONTODOC - RADIOGRAFIAS  
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO  
ORTODONTICA/TDA  
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS