



1523597  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/07/23 | 4-Data de Autorização<br>11/07/23 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>11423227 | 7-Data Validade da Senha<br>08/10/23 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                     |                                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202543991800335102 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ONHIGHWAY BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MATHEUS WILLIAM DE PAULA VIEIRA   |  |                                | 14-Telefone<br>( ) -                | 15-Nome do titular do plano<br>LUIZA SOARES FANTONI |                                       |

|                                                                        |  |                                                                          |  |                           |             |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                               |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO    |  | 18-Número no CRO<br>7491  | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09     | 025 -<br>Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (31) 35413150, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Benedito Valadares, 69, LOJA 14, CENTRO, |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>7882871000189                   |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>GONCALVES RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA E |  | 23-Número no CRO<br>34949 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES<br>9651624 |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 28-Nome do Profissional Executante<br>BRUNA MARANDOLA LACERDA DE SOUZA |  |                                                                          |  | 27-Número no CRO<br>34949 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S           |                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 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         | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RMSD            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/07/23              |                     | x Mathheus V. |
| 2         | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RMID            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/07/23              |                     | x Mathheus V. |
| 3         | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/07/23              |                     | x Mathheus V. |
| 4         | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RMSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/07/23              |                     | x Mathheus V. |
| 5         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/07/23              |                     | x Mathheus V. |
| 6         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/07/23              |                     | x Mathheus V. |
| 7         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/07/23              |                     | x Mathheus V. |
| 8         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/07/23              |                     | x Mathheus V. |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/07/23 | 44-Tipo de Atendimento<br>2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>112,00 | 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>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/07/23 Raimundo Nonato Stehling Filho<br>CRO-MG 7491 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/07/23 x Mathheus V. Nam. | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/07/23 ODONTODOC LTDA<br>CNPJ: 17.882.871/0001-00<br>CNES: 9651624 |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

PACIENTE: Mathias William de Paul Vieira

Solicito o raio x do(s) dente(s), conforme especificação abaixo, para avaliação odontológica.

• **Periapical** - dente(s): 18, 28, 38, 48

Técnica de Clarck: ( ) Sim ( ) Não

• **Interproximal**: ( ☒ ) Direita ( ☒ ) Esquerda  
( ☒ ) Molares ( ☒ ) Pré molares

• **Panorâmica**: ( ) Boca semi-aberta

Dr. Carlos Alberto O. Mendicino  
Cirurgião Dentista  
CROMG 16813

Nova Lima, 29 de junh de 2023.