



390902
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938581	7-Data Validade da Senha 04/01/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202511234300005302		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome DEBORAH VIEIRA ALVES	
14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VICTOR DSILAR MOREIRA			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS		18-Número no CRO 41976	
19-UF MG		20-Código CBO S 01		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		26-Nome do Profissional Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA		27-Número no CRO 41976	
28-UF MG		29-Código CBO S		30-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-15

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	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00			04/01/20		Deborah
2												
3												
4												
5												
6												
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 333,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20 Deborah Vieira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/20
---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTOPLUS LTDA
CNPJ: 21.401.745/0001-32
CRO-MG 4470

Walquiria Oliveira Zica
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 41976