



365881  
INTERCÂMBIO

|                                                               |                                                             |                                          |                                                      |                                       |                                        |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>28/08/2012                     | 4-Data de Autorização<br>03/09/2012      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                | 6-Número da Guia Principal<br>7830026 | 7-Data Validade da Senha<br>26/11/2012 |
| Dados do Beneficiário                                         |                                                             |                                          |                                                      |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>0020251123430005301                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                              | 10-Empresa<br>DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                        |
| 13-Nome<br>VICTOR DSILAR MOREIRA                              |                                                             | 14-Telefone<br>27/05/1987                | 15-Nome do titular do plano<br>VICTOR DSILAR MOREIRA |                                       |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento               |                                                             |                                          |                                                      |                                       |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTOPLUS           | 18-Número no CRO<br>41976                | 19-UF<br>MG                                          | 20-Código CBO S<br>01                 | 025 -<br>Faturar Empresa               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08578545699            | 22-Nome do Contratado Executante<br>WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA | 23-Número no CRO<br>41976                | 24-UF<br>MG                                          | 25-Código CNES                        |                                        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA |                                                             | 27-Número no CRO<br>41976                | 28-UF<br>MG                                          | 29-Código CBO S                       |                                        |

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 |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 81000065                  | CONSULTA ODONTOLOGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/09/20              |                    | <i>Victor</i> |
| 2-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/09/20              |                    | <i>Victor</i> |
| 3-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/09/20              |                    | <i>Victor</i> |
| 4-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/09/20              |                    | <i>Victor</i> |
| 5-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/09/20              |                    | <i>Victor</i> |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 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>178,00 | 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>08/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/09/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/09/20 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

CLÍNICA ODONTOLÓGICA O D O N T O P L U S L T D A .  
CNPJ: 21.401.745/0001-32  
CRO-MG 4470