



400502
INTERCÂMBIO

ro ANS 14	3-Data de Emissão da Guia 20/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7977621	7-Data Validade de Senha 18/01/21
--------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Beneficiário									
8-Digito de Carteira 202529142800000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Vencida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 									

5	IELE ANTONIA DA SILVA	29/01/1986	14-Telefone () () -	15-Nome do titular do plano DANIELE ANTONIA DA SILVA
---	-----------------------	------------	--------------------------	---

17- Nome do Profissional Solicitante					18- Número na CRO	19- UF	20- Código CBO S	21- CBO S
VITALITY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA					33091	MG	04	025 -

10 - Nome Operadora / CNPJ / CPF 3 8 4 5 0 5 3 6 8 2	22 - Nome do Contratado Executante GUILHERME MATOSO DE FARIA	23 - Número na CRO 33091	24 - UF MG	25 - Código CNEB	Faturar Empresa
---	---	-----------------------------	---------------	------------------	-----------------

17-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO 8
33091	MG	

[illegible][illegible]

Previsão/Fórmula do Tratamento	44-Tipo de Alandimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---------------------------------------	--	---	--	--	--

1. 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 2. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 de 3. De acordo com o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/01	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/01	62-Dia, local e Assinatura do Beneficiário e Responsável 01/01/01	63-Dia, local e Assinatura do Beneficiário e Responsável 01/01/01
--	--	--	--

Matoso de Faria
DENTISTA
33091