



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 03/09/20	4-Dia de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7846564	7-Dia Válido da Senha 02/12/20
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

369519
INTERCÂMBIO

9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
POS REDE PRESTADORA	IVECO LATIN AMERICA LTDA	11/11/11	
13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do Plano	
JEANE LUCIA DE ALMEIDA	() - - - - -	JEANE LUCIA DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC
18-Número no C-30 9461	19-UF MG
20-Código CBO S 09	025 -

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-JUF	25-Código CNEIS
2 3 2 3 0 1 2 6 6 5 3	GILBERTO ANTONIO SILVA	9461	MG	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-JUF	29-Código CBO S	
GILBERTO ANTONIO SILVA	9461	MG		
		(I) 81000421-	(I) 8100037S-RME	Enviar - RX
		(I) 81000405	(I) 8100037S-RPE	
		(I) 8100037S-RMD	(I) 8100037S-RPD	

Plano de Tratamento / Procedimientos Solicitados[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	12/08/11
44-Tipo de Atendimento	1
45-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-parcial
46-Tipo de Faturamento	1
46-Total Quantidade US	1148,00
47-Valor Total R\$	10,00
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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu conhecimento 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

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Emprego

EndoEnergy OroDentical Ltd.