



425409
INTERCÂMBIO

1-ANS 14 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8080217	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Beneficiário

2-Data de Certidão

00202532436600000101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Nome FACHINI GUALBERTO

23/05/1988

14-Telefone

() -

15-Nome do titular do plano

IRENE FACHINI GUALBERTO

Contratado Responsável pelo Tratamento

Identidade e RN

N

11-Nome do Profissional Solicitante

VITALITY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

18-Número no CRO

33091

19-UF

MG

20-Código CBO B

04

025 -

Faturar Empresa

ou na Operadora / CNPJ / CPF

03845053682

22-Nome do Contratado Executante

GUILHERME MATOSO DE FARIA

23-Número no CRO

33091

24-UF

MG

25-Código CHES

do Profissional Executante

HERME MATOSO DE FARIA

27-Número no CRO

33091

28-UF

MG

29-Código CBO B

Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00			02/12/20		Guilherme Matoso de Faria
------------	--------------------	----	---	---	-------	------	--	--	----------	--	---------------------------

43-Tipo de Atendimento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcela

46-Total Quantidade US

61,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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), 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 em anexo ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

02/12/20 Guilherme Matoso de Faria

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

02/12/20 CIRURGIÃO DENTISTA

CRO-MG 33091

53-Data, local e Carimbo da Empresa

02/12/20