



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

401883
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 10/12/10	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 401883	7-Data Validade da Senha 12/10/10 11/12/11
--------------------------	--	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531025400000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LIZ RODRIGUES LIMA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano LILAZ RODRIGUES DE LIMA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NUCLEO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA	18-Número no CRO 13255	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51791471668	22-Nome do Contratado Executante SELIO DE CASTRO OTTONI	23-Número no CRO 13255	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SELIO DE CASTRO OTTONI	27-Número no CRO 13255	28-UF 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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	22/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/20	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 34,00	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 22/10/20 Selio de Castro Ottoni Ortodontista CRO-MG 13255	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20 Selio de Castro Ottoni Ortodontista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20 Lilaz Rodrigues de Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/20 NUCLEO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA Av. Augusto de Lima, 479/90 Centro-B.H. - CEP 30.190-000 Tel. 3271-1262 - 3271-1762
---	---	--	--