



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

390380
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7935770	7-Data Validade da Senha 04/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531635200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FERNANDA VOGEL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDA VOGEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEANDRO FAGUNDES FONSECA	18-Número no CRO 37583	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06627665638	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO FAGUNDES FONSECA	23-Número no CRO 37583	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO FAGUNDES FONSECA		27-Número no CRO 37583	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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	73,00	0,00		S	20/10/20		Fernanda
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00		S	20/10/20		Fernanda
3-	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/20		Fernanda
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/20	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 180,00	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 20/10/20 Selo de Castro Ottoni Ortodontista CRO-MG 13255	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/20 Selo de Castro Ottoni Ortodontista CRO-MG 13255	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20 x Fernanda Vogel	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/20 Selo de Castro Ottoni Ortodontista CRO-MG 13255
---	---	--	---

NUCLEODON
Av. Augusto de Lima, 42966
Centro-H. Hte. - CEP 30.190-000
Tel: 3271-1262 - 3271-1778