

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339032
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/20	4-Data de Autorização 17/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7703937	7-Data Validade da Senha 12/10/20
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202530611600000102			14-Telefone 05/07/2003 () 8645-4276	15-Nome do titular do plano MARCELO ANTONIO GOMES	
13-Nome JHENIFER NEUBANER GOMES					
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 Envia - RX (I) 82001286-18 (II) 82001286-48 (I) 82001286-28 (II) 82001286-38
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			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição										
1-0082001286		REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00	S 30/07/20				X
2-0082001286		REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00	S 11/08/20				X
3-0082001286		REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00	S 11/08/20				X
4-0082001286		REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00	S 30/07/20				X
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/07/20	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 1444,00	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 30/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/20 Jhenifer Neuberger	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/07/20
---------------	---	---	--	---

NUCLEO DENTONTO
Av. Augusto de Lima, 479/907
Centro-B.Hz. CEP 30.190-000
Tel: 3271-202 - 3271-1782