



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

439534
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/01	4-Data de Autorização 11/12/01	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 439534	7-Data Validade da Senha 11/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0020253404160000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome YGOR ALVES DA SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano DAIANNE ALVES DA SILVA	

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 5179147168	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	

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-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		N	11/12/01		Daiane
2-	0084000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO			1	42,00	0,00		N	11/12/01		Daiane
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/01	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 114,00	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 11/12/01 Selio de Castro Ottoni CRO-MG 13255	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/01 Selio de Castro Ottoni CRO-MG 13255	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/01 Daiane Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/01 NUCLEO DENTAL
--	--	--	---

NUCLEO DENTAL
Av. Augusto de Lima, 479-007
Centro-B.Hte - CEP 30190-000
Tel: 3271-1262 - 3271-1782