

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

334562



2-N

331595
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 6 / 2 0		4-Data de Autorização 0 6 / 0 7 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7671250		7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 9 / 2 0		331595 INTERCÂMBIO	
8-Data de Nascimento 0 2 5 2 4 9 4 9 6 0 0 0 0 8 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa W W SERVICOS DE APOIO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome do titular do plano MARIA BATISTA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADRIANA MARIA BATISTA					
16-Data de Nascimento do Responsável pelo Tratamento 08/08/1968											
17-Nome do Profissional Solicitante URBANO HENRIQUE NOGUEIRA		18-Número no CRO 15273		19-UF MG		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			
21-Data de Nascimento do Contratado Executante 2 7 7 8 0 6 6 3		22-Nome do Contratado Executante URBANO HENRIQUE NOGUEIRA		23-Número no CRO 15273		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Data de Nascimento do Profissional Executante HENRIQUE NOGUEIRA				27-Número no CRO 15273		28-UF MG		29-Código CBO S			

[illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	276,00	0,00	

_____, por ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) não seja(m) realizado(s) 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 relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Urbano Mendes CIRURGIÃO DENTISTA MG 15273 06.07.20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Urbano Mendes CIRURGIÃO DENTISTA MG 15273 06.07.20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06.07.20 x Patricia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06.07.20
---	--	---	---

NUCLEODONTO
Av. Augusto de Lima: 479/907
Centro-Recibo. - CEP 30.190-000
Tel: 3271-1282 - 3271-1762