



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

416051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2011	4-Data de Autorização 11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8040538	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253138040000101					
13-Nome ROBSON DANIEL GOULART		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBSON DANIEL GOULART		
		26/03/1976			

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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	16/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/11/20	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 73,00	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 16/11/2011	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2011	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2011	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 16/11/2011
---	---	---	---

NOLEODONTO
Av. Augusto de Lima, 479/907
Centro-B.Htel. - CEP 30.190-000
Tel: 3271-1262 - 3271-1762