

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



377678
INTERCÂMBIO

1-Data de Emissão da Guia 17/09/20	4-Data de Autorização 17/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7882057	7-Data Validade da Senha 16/12/20
8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Telefone 15/10/1988		15-Nome do titular do plano RAFAEL CALIXTO FERNANDES		
17-Nome do Profissional Solicitante NÚCLEO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA		18-Número no CRO 13255	19-UF MG	20-Código CBO S 06
22-Nome do Contratado Executante SELIO DE CASTRO OTTONI		23-Número no CRO 13255	24-UF MG	25-Código CNES
27-Número no CRO 13255		28-UF MG	29-Código CBO S	

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
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/09/20		
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/09/20		
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/09/20		
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	17/09/20		
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/09/20		

43-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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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, 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 do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/09/20
---	---	---

NUCLEO DONTOLÓGICO
Av. Augusto de Lima, 479/500
Centro - Curitiba - PR - 80010-190-000
Tel: 3271-2262 - 3271-1782