



360073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7801978	7-Data Validade da Senha 17/11/20
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202531261600000103		14-Telefone () 3649-6378		15-Nome do titular do plano ISAIAS DIAS FILHO	
13-Nome JULIANA KELIN DIAS		08/07/2000		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
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
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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 82001286-48 (I) 82001286-28 (I) 82001286-38

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-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00			08/09/20		flm
2-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00			08/09/20		flm
3-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00			08/09/20		flm
4-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00			08/09/20		flm
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/09/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 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 procedimentos, 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 08/09/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/09/20					

NUCLEODONTO
Av. Augusto de Lima, 479/507
Centro-Elite - CEP 30.190-000
Tel: 3271-1282 - 3271-1767