



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

437185
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/11/2010		4-Data de Autorização 14/12/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8129360		7-Data Validade da Senha 09/03/21		
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 00202534066800000101				13-Telefone 25/12/1977		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JARMY NASCIMENTO DA SILVA				
13-Nome JARMY NASCIMENTO DA SILVA				16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NUCLEO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA		18-Número no CRO 13255		19-UF MG		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51791471668				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		025 - Faturar Empresa		
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	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	36		1	73,00	0,00			15/12/20		Jarmy
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	73,00	0,00			15/12/20		Jarmy
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 15/12/20		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 146,00		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 15/12/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/12/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/12/20		NUCLEO DONTONTO Av. Augusto de Lima, 479/907 Centro-B.Hte. - CEP 30130-000 Tel: 3271-1261				