

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



372279
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 09/09/20		4-Data de Autorização 22/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7856895		7-Data Validade da Senha 08/12/20	
8-Identificação do Paciente 0253126160000106		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Data de Tratamento 12/06/2001				14-Telefone () 36496378		15-Nome do titular do plano ISAIAS DIAS FILHO			
16-Responsável pelo Tratamento Ther de Carvalho Santiago				18-Número no CRO 13255		19-UF MG		20-Código CBO S 06	
17-Nome do Profissional Solicitante NUCLEO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA				23-Número no CRO 13255		24-UF MG		25-Código CNES	
22-Nome do Contratado Executante SELIO DE CASTRO OTTONI				27-Número no CRO 13255		28-UF MG		29-Código CBO S	
Operadora / CNPJ / CPF 791471668				38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização	
Profissional Executante DE CASTRO OTTONI				46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	

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
85100099	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 1	37	O	1	58,00	0,00		S	22/09/20		
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/09/20		
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/09/20		
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/09/20		
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/09/20		

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 198,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
--	--	---	--	----------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/09/20 Selio de Castro Ottoni CRO-MG 13255		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/09/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/09/20 NUCLEO DENTONTO Av. Augusto de Lima, 479/907 Centro-E.Htg - CEP 30.190-000 Tel: 3271-1262 - 3271-1782	
--	--	---	--	---	--