



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

430839  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                       |                                                                             |                       |                                           |                                       |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>30/11/20 | 4-Data de Autorização<br>11/12/20                                           | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8102794     | 7-Data Validade da Senha<br>28/02/21  |
| Dados do Beneficiário                                        |                                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                              |                       | 10-Empresa<br>MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /   |
| 8-Número da Carteira<br>00202511761200017602                 |                                       | 13-Nome<br>VANESSA MARIA DOS SANTOS                                         |                       | 14-Telefone<br>( ) -                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     |                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>NÚCLEO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA |                       | 18-Número no CRO<br>13255                 | 19-UF<br>MG                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51791471668           |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>SELIO DE CASTRO OTTONI                  |                       | 23-Número no CRO<br>13255                 | 24-UF<br>MG                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>SELIO DE CASTRO OTTONI |                                       | 27-Número no CRO<br>13255                                                   |                       | 28-UF<br>MG                               | 25-Código CNES                        |
|                                                              |                                       |                                                                             |                       | 29-Código CBO S                           | 025 -<br>Faturar Empresa              |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados    |                           |                    | 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 |
|----------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------|---------------------------------------------|------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|---------------|
| 30-Tabela                                          | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 1-0085100196                                       |                           | RESTAURAÇÃO RESINA | 16                                                                                                         | O | 1       | 61,00                                       | 0,00             |                                  |                                 | S                          | 11/12/20              |                                         | R Vanessa     |
| 2-0085100196                                       |                           | RESTAURAÇÃO RESINA | 26                                                                                                         | O | 1       | 61,00                                       | 0,00             |                                  |                                 | S                          | 11/12/20              |                                         | R Vanessa     |
| 3-0085100196                                       |                           | RESTAURAÇÃO RESINA | 36                                                                                                         | O | 1       | 61,00                                       | 0,00             |                                  |                                 | S                          | 11/12/20              |                                         | R Vanessa     |
| 4-0085100196                                       |                           | RESTAURAÇÃO RESINA | 46                                                                                                         | O | 1       | 61,00                                       | 0,00             |                                  |                                 | S                          | 11/12/20              |                                         | R Vanessa     |
| 5-                                                 |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 6-                                                 |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 7-                                                 |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 8-                                                 |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 9-                                                 |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 10-                                                |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 11-                                                |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 12-                                                |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 13-                                                |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 14-                                                |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 15-                                                |                           |                    |                                                                                                            |   |         |                                             |                  |                                  |                                 |                            |                       |                                         |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/12/20 |                           |                    | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |   |         | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |                  | 46-Total Quantidade US<br>244,00 |                                 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>11/12/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/12/20 |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/12/20     | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/12/20               |

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