



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

438632  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                       |                                                                             |                       |                                                       |                                      |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/12/20 | 4-Data de Autorização<br>11/12/20                                           | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8135866                 | 7-Data Validade da Senha<br>10/03/21 |
| Dados do Beneficiário                                        |                                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                              |                       | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  |
| 8-Número da Carteira<br>00202534041600000104                 |                                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                       |                       |                                                       |                                      |
| 13-Nome<br>YAN ALVES DA SILVA                                |                                       | 14-Telefone<br>( ) -                                                        |                       | 15-Nome do titular do plano<br>DAIANNE ALVES DA SILVA |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     |                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>NUCLEO 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                                           | 29-Código CBO S                      |
| 20-Código CBO S<br>06                                        |                                       | 25-Código CNES                                                              |                       | 025 -<br>Faturar Empresa                              |                                      |

| 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-        | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 |        | 10/12/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                                                     |                                                                      |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>10/12/20 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>72,00 | 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>10/12/20 Selio de Castro Ottoni CRO-MG 13255 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/12/20 Dianne Alves | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/12/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>10/12/20 NUCLEO DENTAL UNI COOP |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

NUCLEO DENTAL UNI COOP  
Av. Augusto de Lima, 479/907  
Centro-B.Hte. Joffe 30.190-000  
Tel: 3271-1262 - 3271-1762