



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394501
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7952544	7-Data Validade da Senha 11/01/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020252864040000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira		
13-Nome ALEXIA NUNES DE FREITAS			14-Telefone		
15-Data de Contratação 04/07/1965			16-Nome do titular do plano ALEXIA NUNES DE FREITAS		
17-Nome do Profissional Solicitante NUCLEO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA			18-Número no CRO 13255		
19-UF MG			20-Código CBO S 06		
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-UF MG		
27-Número no CRO 13255			28-UF MG		
29-Código CBO S			30-UF MG		
31-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/20					
32-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
33-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
34-Total Quantidade US 34,00					
35-Valor Total R\$ 34,00					
36-Total Franquia / Co-participação R\$					
37-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/20					
38-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20					
39-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20					
40-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/20					

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 em 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
22/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
22/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/10/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/10/20

NUCLEO ODONTO
Av. Augusto de Lima, 479/907
B. H. CEP 30.190-000
1762 3271-1762