

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



348752
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		4-Data de Autorização 3 1 / 0 7 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7749646		7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 0 / 2 0	
8-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO ENGENHARIA DO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MONICA DA CUNHA SILVA		16-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		17-Nome do Profissional Solicitante NUCLEO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA	
18-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		19-UF MG		20-Código CBO S 06		21-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		22-Nome do Contratado Executante SELIO DE CASTRO OTTONI	
23-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		24-UF MG		25-Código CNES		26-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		27-Número no CRO 13255	
28-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		29-UF MG		30-Código CBO S		31-Data de Emissão da Guia 3 0 0 / 0 7 / 2 0		32-Nome do Contratado Executante SELIO DE CASTRO OTTONI	

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
8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	03/08/20		2 Hugo Tupam
8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	03/08/20		2 Hugo Tupam
8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	03/08/20		2 Hugo Tupam
8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	03/08/20		2 Hugo Tupam
8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S	03/08/20		2 Hugo Tupam

43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		45-Total Quantidade US 1 7 4 , 0 0		46-Valor Total R\$ 0 , 0 0		47-Total Franquia / Co-participação R\$	
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, ainda que o(s) procedimento(s) de(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 do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.									
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/20 Hugo Tupam		53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/20		NUCLEO ODONTOLÓGICO Av. Augusto de Lima, 479/96 Centro-B.Hte. - CEP 30.190-011 Tel: 3271-1262 - 3271-1762			