

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1197883
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/01/01/12/3

6-Número da Guia Principal
10510007

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autocancelamento
12/01/01/01/2/2

3-Data de Emissão da Guia
12/01/01/01/2/2

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
01012012550186860000101021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EDINA ROSA DOS SANTOS

20/06/1967

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LICINIO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
SAULO LUIZ SCALZER LOPES

18-Número no CRO
10027

19-UF
ES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
145116017420001112

22-Nome do Contratado Executante
SCALZER LOPES ODONTOLOGIA LTDA

23-Número no CRO
10027

24-UF
ES

26-Nome do Profissional Executante
SAULO LUIZ SCALZER LOPES

27-Número no CRO
10027

28-UF
ES

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	010185101200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DM	1	88,00	0,00	0,00	0	24/10/22	
2	01018510196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	0,00	0	24/10/22	
3	01018510196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00	0	24/10/22	
4	01018510196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	M	1	61,00	0,00	0,00	0	24/10/22	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Fim do Tratamento 24/10/22	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---------------------------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 no 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 Contratado Responsável pelo Tratamento

24/10/22

Vitória (ES)

Saulo Luiz Scalzer Lopes

Ortodontia Dentista

CRO (ES) 10027

scalzerlopesodontologia@gmail.com

51-Data local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento

24/10/22

Vitória (ES)

Saulo Luiz Scalzer Lopes

Ortodontia Dentista

CRO (ES) 10027

scalzerlopesodontologia@gmail.com

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

24/10/22

Vitória (ES)

Saulo Luiz Scalzer Lopes

Ortodontia Dentista

CRO (ES) 10027

scalzerlopesodontologia@gmail.com

53-Data local e Carimbo da Empresa

24/10/22

Vitória (ES)

Saulo Luiz Scalzer Lopes

Ortodontia Dentista

CRO (ES) 10027

scalzerlopesodontologia@gmail.com