



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

457038
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 20/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8209995	7-Data Validade da Senha 19/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534231200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRESSA SAMPAIO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRESSA SAMPAIO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante VITOR VIEIRA CANDIDO	18-Número no CRO 4964	19-UF ES	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01391716655	22-Nome do Contratado Executante VITOR VIEIRA CANDIDO	23-Número no CRO 4964	24-UF ES	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VITOR VIEIRA CANDIDO		27-Número no CRO 4964	28-UF ES	29-Código CBO S	

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/01/21		X Andressa
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/01/21		X Andressa
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/01/21		X Andressa
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/01/21		X Andressa
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/01/21		X Andressa
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/01/21		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 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 20/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21 X Andressa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/21 Dr. Vitor Vieira Cândia Implantodontista CRO - ES 4964
---	---	--	---