

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



421242
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 17/11/20		4-Data de Autorização 18/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8062616		7-Data Validade da Senha 15/02/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202524520000018701				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GERSP GREMIO ESPORTIVO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLEBER PECANHA DE JESUS						14-Telefone 02/01/1989		15-Nome do titular do plano CLEBER PECANHA DE JESUS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN 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 Enviar - RX (I) 81000421-RPSE (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 85100200 (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante VITOR VIEIRA CANDIDO						27-Número no CRO 4964		28-UF ES		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	18/11/20		X
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	18/11/20		X
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24 DO		1	88,00	0,00		S	18/11/20		X
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25 OM		1	88,00	0,00		S	18/11/20		X
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46 OV		1	88,00	0,00		S	18/11/20		X
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Término do Tratamento 18/11/20		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 292,00		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 18/11/20			51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20			52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20			53-Data, Local e Carimbo da Empresa 18/11/20		
---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

Dr. Vitor Vieira Cândia
Implantodontia
CRO - ES 4964