

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



414755
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8034863	7-Data Validade da Senha 07/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532736400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAIS MAYARA FRANCA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS MAYARA FRANCA	
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-RIS (I) 81000421-
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-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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	16/11/20		X Shaws
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	16/11/20		X Shaws
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	16/11/20		X Shaws
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	16/11/20		X Shaws
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/11/20	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 150,00	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 16/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 X Shaws	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/20 Implantodontista CRO - ES 4964
---	---	---	--