



405105
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10/12/0	4-Data de Autorização 12/6/10/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7996404	7-Data Validade da Senha 12/4/10/12/1
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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

01/06/1988

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
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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/20		X Thais
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/10/20		X Thais
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/10/20		X Thais
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/10/20		X Thais
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/10/20		X Thais
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	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 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
26/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
26/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/10/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
26/10/20

Dr. Vitor Vieira Candido
Implantador/Dentista
CRO - ES 4094