



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

458730
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8215761	7-Data Validade da Senha 20/04/21
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 01/06/2001	15-Nome do titular do plano ANDRESSA SAMPAIO DOS SANTOS		

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 / CPP 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/Régio	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	27/01/21		X Andressa
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	27/01/21		X Andressa
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	27/01/21		X Andressa
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Previsão Término do Tratamento 27/01/21	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 183,00	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
Cancelar 2 restauração do dente 27, porque será necessário fazer o canal.
Paciente foi encaminhado para o endodontista.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/01/21 X Andressa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/01/21
---	---	--	---

Impressão
CRO - ES 4084