



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

442077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8150990	7-Data Validade da Senha 16/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533865400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GERUSA CARNEIRO SANTOS		14-Telefone 02/05/1983	15-Nome do titular do plano GERUSA CARNEIRO 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 / 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	CANCELAR	O	1	61,00	0,00		S	17/12/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	17/12/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 17/12/20		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 122,00		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 Restauração no dente 18 oclusal.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/12/20

Vitor Vieira Candido
Implementadora
CRO - ES 4964