



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

450817
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	4-Data de Autorização 11/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8183528	7-Data Validade da Senha 11/04/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025385900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome NALITA DE CARVALHO SILVA		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano TALITA VITORIA DE CARVALHO									
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	11/01/2011		Nalita
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/01/2011		Nalita
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/01/2011		Nalita
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/01/2011		Nalita
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/01/2011		Nalita
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/2011		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 174,00		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 11/01/2011			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2011			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2011			53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2011			

Dr. Vitor Vieira Cândido
Implantodontista
CRO - ES 4964