Viventeris

PJ

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Tratamento Odontologico

2 - Nº Guia no Prestador 177903

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
414662		25/02/2026	165528	25/06/2026	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde
181442	EXECUTIVO CASSEMS	CASSEMS		

57 - Nome Social

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Atendimento a RN
RONEY OTTONI DE SOUZA			N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
MURILO			

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
0005010	CONSULTT CLINIC	7381	MS	9999999

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO
RUI CESAR VARGAS CASANOVA	07381	MS	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtde	36 - Qtde US	37 - Valor R$	38 - Franquia(R$)	39-Aut	40-Cód.Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 - 22	85300047	Raspagem Supra-Gengival	AI				28,98		S			
2 - 22	85300047	Raspagem Supra-Gengival	AS				28,98		S			
3 - 22	85100196	Restauração Em Resina Fotopolimerizável 1 Face	11	V			38,19		S			
4 - 22	85100196	Restauração Em Resina Fotopolimerizável 1 Face	12	V			38,19		S			
5 - 22	85100196	Restauração Em Resina Fotopolimerizável 1 Face	21	V			38,19		S			
6 - 22	85100196	Restauração Em Resina Fotopolimerizável 1 Face	24	V			38,19		S			
7 - 22	85100196	Restauração Em Resina Fotopolimerizável 1 Face	34	V			38,19		S			
8 - 22	85100196	Restauração Em Resina Fotopolimerizável 1 Face	44	V			38,19		S			
9 - 22	85100196	Restauração Em Resina Fotopolimerizável 1 Face	45	V			38,19		S			
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
18 -												
19 -												
20 -												

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47- Valor Total (R$)	48 - Valor Total Franquia (R$)
	1			325,29	

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/Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data do carimbo da empresa