

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



421809
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064916	7-Data Validade da Senha 16/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDREZA CRISTINA VIANA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANDREZA CRISTINA VIANA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ENDOHEALTH ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 80671	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02565284977	22-Nome do Contratado Executante VIVIANE LEAL SPECIAN BARBOSA	23-Número no CRO 80671	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RII
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE LEAL SPECIAN BARBOSA		27-Número no CRO 80671	28-UF SP	29-Código CBO S	(IF) 85200166-41

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	19/11/20		
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	19/11/20		
3-0085200166		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	41		1	258,00	0,00		S	19/11/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/11/20	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 306,00	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, 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 19/11/20 Viviane Specian CRO-SP 80671	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20 Viviane Specian Cirurgiã Dentista Responsável Técnica CRO-SP 80671	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 Andreza Cristina Viana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--