



434681
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8118128	7-Data Validade da Senha 04/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SISTEPLAN SOFTWARES E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202502041200009001						
13-Nome HELEN DAIANE FRATUCCI		20/06/1990		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HELEN DAIANE FRATUCCI	

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- (IF) 85200158-46
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE LEAL SPECIAN BARBOSA		27-Número no CRO 80671	28-UF SP	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	07/12/20		<i>[Assinatura]</i>
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	07/12/20		<i>[Assinatura]</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	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 547,00	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 07/12/20 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--