

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



422572
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8067952	7-Data Validação da Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

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
8-Número da Carteira 00202531097600000101		13-Nome ANDREZA CRISTINA VIANA		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano ANDREZA CRISTINA VIANA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 80671	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ENDOHEALTH ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 80671	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RII
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02565284977		22-Nome do Contratado Executante VIVIANE LEAL SPECIAN BARBOSA	27-Número no CRO 80671	28-UF SP	(IF) 85200166-42
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE LEAL SPECIAN BARBOSA					

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	RII		1	14,00	0,00		S	19/11/20		Andrezza
2-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	42		1	258,00	0,00		S	19/11/20		Andrezza
3-												
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 272,00	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 19/11/20 Viviane Specian	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável Técnica 19/11/20 Viviane Specian	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 Andrezza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--