



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/14 4-Data de Autorização 12/10/14 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8510633 7-Data Validação da Senha 12/10/14 530272 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202535835800000105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

DANIELLE CRISTINE DIAS DA SILVA 09/11/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CLAUDIA APARECIDA DIAS DA SILVA TONICOLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA LIMA CAPATI 18-Número no CRO 122536 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 441159871844 22-Nome do Contratado Executante NATHALIA LIMA CAPATI 23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES 616200159-27

26-Nome do Profissional Executante

NATHALIA LIMA CAPATI 27-Número no CRO 122536 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-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guisa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 085200158                 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 27              | 1       | 15     | 33,00            | 0,00     |                                 |        | 12/10/14              |                    |               |
| 2-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Prevista Término do Tratamento

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 1533,00

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 no 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 v

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

28/10/14 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

28/10/14 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

28/10/14 DANIELLE LIMA

53-Data, local e Carimbo da Empresa

28/10/14 [Carimbo]