

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/21 4-Data de Autorização 12/05/21 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8603767 7-Data Validade da Seria 17/08/21

556142
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020253801220000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/01/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GILTON VACIS PEDROZO

22/11/1984

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano GILTON VACIS PEDROZO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matutamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA LIMA CAPATI

22-Nome do Contratado Executante NATHALIA LIMA CAPATI

18-Número no CRO 122536

19-UF SP

20-Código CEO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44159871844

23-Número no CRO 122536

24-UF SP

25-Código CNES

Enviar - RX (IF) 85200166-31

26-Nome do Profissional Executante NATHALIA LIMA CAPATI

27-Número no CRO 122536

28-UF SP

29-Código CEO 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 Guisa	42-Assinatura
1-10	0852100166	TRATAMENTO ENDODONTICO	31	1	1	258,00	0,00			11/06/21		
2-10	0852100166	TRATAMENTO ENDODONTICO	41	1	1	258,00	0,00			11/06/21		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/06/21	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	516,00	10,00								

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 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 11/06/21 Capati 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/21 Capati 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/21 53-Data, local e Campo da Empresa 11/06/21

Dra. Nathália Capati
CRO-SP 122536