



572062
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 02/06/21 4-Data de Autorização 01/01/21 5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 8658449 7-Data Validade da Senha 13/10/18 12/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538159000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 01/01/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KATIA NUNES CAETANO 28/10/1986 14-Telefone 15-Nome do titular do plano KATIA NUNES CAETANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALLIA LIMA CAPATI 18-Número no CRO 122536 19-UF SP 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144159871844 22-Nome do Contratado Executante NATHALLIA LIMA CAPATI 23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (UF) 86200140-24

26-Nome do Profissional Executante NATHALLIA 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-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-010	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24	1	33300	0000	160621					Katia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	3-Cronograma	4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento	47-Total Quantidade US	48-Total Quantidade R\$	49-Tipo de Faturamento	50-Total Quantidade R\$	51-Tipo de Faturamento	52-Tipo de Faturamento	53-Tipo de Faturamento
01/01/21	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Cronograma	4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcela	0000	0000	1-1-Total 2-Parcela	0000	1-1-Total 2-Parcela	1-1-Total 2-Parcela	1-1-Total 2-Parcela

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(ram) 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 16/06/21 Capati 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/21 Capati 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/21 Katia Nunes Caetano 53-Data, local e Assinatura da Empresa 16/06/21 CRO-SP 122536

Dra. Nathalia Capati