



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2021	4-Data de Autorização 11/08/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8304648	7-Data Validade da Senha 11/08/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202506065700233801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome MARCOS LASARO SANTILETICE	26/02/1981	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS LASARO SANTILETICE
--------------------------------------	------------	----------------------	--

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 414159871844	22-Nome do Contratado Excitante NATHALIA LIMA CAPATI	23-Número no CRO 122536	24-UF SP	25-Código CNES Envier - RX (IF) 85200158-46
---	---	----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Excitante NATHALIA LIMA CAPATI	27-Número no CRO 122536	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

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
1-00	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			5/12/2021		
2-00	85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	46	1	15	33,00	0,00			5/12/2021		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto 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 567,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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 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-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Capati	51-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Capati	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2021	53-Data, Local e Cartão da Empresa 23/10/2021
--	--	---	--

Drª: Nathalia Capati
CRO-SP 122536

OK 23/10/21