

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS	4066414
3-Data de Emissão da Guia	12/01/2015
4-Data de Autorização	10/11/2016
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8608282
7-Data Válida da Senha	11/08/2018

557365
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário																		
8- Número da Carteira																		
0	0	2	0	2	5	3	8	1	6	3	2	0	0	0	0	1	0	1
13- Nome																		
ALICLERES LIMA DA SILVA																		
21/07/1999																		
9- Plano																		
POS REDE PRESTADORA																		
10- Empresa																		
DENTAL UNI COOPERATIVA																		
14- Telefone																		
(	)																	
15- Nome do titular do plano																		
ALICLERES LIMA DA SILVA																		
11- Data Validade da Carteira																		
/	/																	
12- Número do Cartão Nacional de Saúde																		

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	4 4 1 1 5 9 8 7 1 8 4 4
22-Nome do Contratado / Exercitante	NATHALIA LIMA CAPATI
23-Número no CRO	122536
24-UF	SP
25-Código CNES	
Faturar Empresa	
Enviar - RX	
(f) 85200158-37	

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

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Processamento	32-Descrição	33-DemonRegião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-FranquiaCo-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
100	85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	37	1	1	533,10	0,00		SI	04/06/21		<i>[Assinatura]</i>

[illegible]

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\$
/ /	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcel	5 3 3 1 0 0	0 1 0 0	

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 orçamento. Deixito, ainda que o(s) procedimento(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 do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do(s) Candidato(s) - Donatário Solicitante
08/06/21
[Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do(s) Candidato(s) - Donatário Responável
08/06/21
[Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
08/06/21
[Assinatura]

53-Data, local e Assinatura da Empresa
08/06/21
[Assinatura]

9536
CRO-SP 122536
Dra. Nathalia Capatti
Nathalia Capatti

CRA Nathan