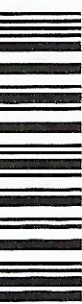


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS	3-Ano de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	3 1 1 0 5 1 2 1	1 0 2 1 0 6 1 2 1	AUTORIZADO	8647577	12 9 1 0 8 1 2 1

568923
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 8 1 5 9 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KATIA NUNES CAETANO	
14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KATIA NUNES CAETANO
28/10/1986	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alinhamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALLIA LIMA CAPATI
18-Número no CRO 122536	19-UF SP
20-Código CBO S	
025 - Estados - Emprego	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	4 4 1 5 9 8 7 1 8 4 4
22-Nome do Contratado Enrolante	NATHALIA LIMA CAPATI
23-Número no CRO	122536
24-UF	SP
25-Código CNES	
Enviar - RX	(/E) 86200166-23

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

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenomeRegisto	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-FranquiaCot Participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
10101018521010166	TRATAMENTO ENDODONTICO	23	1	2	5	8	10	10	02/06/21			Kat

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento _/_/_/_/_/_/_/_/_/_	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico ☒ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Orientação ☐ 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento ☐ 1>Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US\$ _ . _ 2 5 8 0 0 __ _ _ _ _ _
	47-Valor Total R\$ _ . _ 0 0 0 0 __ _ _ _ _
	48-Total Franquia / Coparticipação 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto 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 honorários de honorários.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Chirurgião-Dentista Solicitante 10/21/06/21 	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/21/06/21 	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/21/06/21 Valéri Nunes Gomes	53-Data, local e Cópia da Empresa 07/11/06/21 Dra. Nathália Capatti CPF: 99.122.536
---	---	---	--

CRD-SP 122536