



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 2 0 1 0 1 5 1 2 1 4-Dia de Autorização 2 6 1 0 1 5 1 2 1 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8608258 7-Dia Validação da Senha 1 1 8 1 0 1 8 1 2 1

557358
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 3 8 1 6 3 2 0 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ALICLERES LIMA DA SILVA 21/07/1999 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ALICLERES LIMA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA LIMA CAPATI 18-Número no CRO 122536 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (17) 85200158-36 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 4 1 1 5 1 9 1 8 7 1 1 8 4 4 22-Nome do Contratado Executante NATHALIA LIMA CAPATI 23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante NATHALIA 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-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
1-0 0 1 0 1 5 1 2 0 0 1 5 8		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36	1	1	5 3 3 1 0 0	0 0 0 0			26/05/21		Alcicles
2-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 1 0 0	0 0 0 0			26/05/21		Alcicles
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-Dia Previsão 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 5 6 7 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação 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, 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-Reservação

Dra. Nathalia Capati
CNO-SP 122536

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 4/6/10/25/11/21 Alcicles 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 2/6/10/25/11/21 Alcicles 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2/6/10/25/11/21 Alcicles 53-Data, local e Carimbo da Empresa 2/6/10/25/11/21 Alcicles