



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/02/21 4-Dia de Autorização 12/01/05/12/1 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8579254 7-Dia Validade da Guia 11/01/08/12/1

549116
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025303961000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/01/01/11/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIELA CAMPESI FRUGERI 14-Telefone 11/07/1978 15-Nome do titular do plano DANIELA CAMPESI FRUGERI

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44159871844 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-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	10	0,00	0,00	5	30/05/21		capati
2-1												
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 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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

49-Observação

Dra. Nathália Capati

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/05/21 capati 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/21 capati 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/21 capati 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 20/05/21 CRO-SP-122536