



520831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/02/21 4-Data de Autorização 12/04/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8472874 7-Data Validade da Senha 11/07/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0020253583580000105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/07/21 13-Nome DANIELLE CRISTINE DIAS DA SILVA 09/11/1995 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CLAUDIA APARECIDA DIAS DA SILVA TONICOLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 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-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3	4,00	0,00			12/04/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 134,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/04/21 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/21 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/21 [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/04/21 [Carimbo] Dra. Nathalia Capati CRO-SP 122536