



1-Registro AOS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 11/02/21 3-Sentia AGUARDANDO TOKEN DO 8298562 6-Número da Guia Principal 7-Dia Vencimento da Guia 15/05/21

476768 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira

1010202535108000000103

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Vencimento da Carteira

11/11/11

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

3-Nome

ANA CLAUDIA PRIOR

20/09/1977

14-Telefone

(11) 11111111

15-Nome do titular do plano

LETICIA CORREA DA SILVA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN

N

17-Nome do Profissional Societário

NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA

18-Numero no CRO

137593

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

24-UF

SP

25-Código CNES

21-Código da Operadora / CUDO / CPF

146303046819

22-Nome do Contratado Executante

NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA

23-Numero no CRO

137593

28-UF

SP

29-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante

NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA

27-Numero no CRO

137593

28-UF

SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diaria/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	001810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			15/02/21		Ana
2	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			15/02/21		Ana
3	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			15/02/21		Ana
4	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			15/02/21		Ana
5	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			15/02/21		Ana
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento

15/02/21

44-Tipo de Atendimento

11 Tratamento Odontológico

2 Exame Radiológico

3 Ortopedia

4 Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

11 Total 2 Parcial

46-Total Quantidade US

0,00

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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tornam 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Societário

15/02/21 NATHALIA PRIOR

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

15/02/21 NATHALIA PRIOR

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

15/02/21 Ana Claudia

53-Dia, local e Carimbo da Empresa