



585956
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/10/2011 4-Data de Autorização 13/10/2016 5-Senha AUTORIZADO 8703675 6-Número da Guia Finanças 8703675 7-Data Validade da Senha 14/10/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025381590000000101 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 28/10/1986 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano KATIA NUNES CAETANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 441151871844 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-Tabeta	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	010820010859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	73,00	0,00	0,00	30/06/21			Katia
2	010820010859	EXODONTIA DE RAIZ	27	1	1	73,00	0,00	0,00	30/06/21			Katia
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data 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 146,00 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(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

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/2021 Capati 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2021 Capati 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2021 Katia 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 30/10/2021 Dto. Nathalia Capati CRO-SP 122536