



1- Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/05/21 4-Dia de Autorização 19/05/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8597732 7-Dia Validade da Senha 16/08/21

554419
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102021511051060118033011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA GABRIELA FERREIRA PAULA PACO 25/05/1984 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARIA GABRIELA FERREIRA PAULA PACO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALLIA LIMA CAPATI 18-Número no CRO 122536 19-UF SP 20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144115198711844 22-Nome do Contratado Executante NATHALLIA LIMA CAPATI 23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES 26-Código CEO S 27-Número no CRO 122536 28-UF SP 29-Código CEO 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-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5			CONSULTA ODONTOLÓGICA	
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 Prévio ao 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 34100 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 referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/21 Capati 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/21 Capati 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/21 Gabriela 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 11/05/21 Capati CNO-SP122536

Dra. Nathália Capati