



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012 4-Data de Autorização 11/08/2012 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8305874 7-Data Validade da Sentia 11/09/2015

478860
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025357840000000104 9-Pano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

RUBIA MARQUES CORREA RODRIGUES DE LIMA

19/07/2007

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

LARISSA MARQUES CORREA DA SILVA LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA LIMA CAPATI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44159871844 22-Nome do Contratado Exociente NATHALIA LIMA CAPATI

18-Número no CRO 122536 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exociente 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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00	514,80	21,21			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 em 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 valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

18/02/11

51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

18/02/11

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

18/02/2012

53-Data Local e Confirmação da Empresa

18/02/11

Dra. Nathália Capati

CRO-SP 122536

18/02 OK