



510723
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 10 / 3 1 / 2 1 1 4-Data de Autorização 3 1 / 10 / 3 1 / 2 1 1 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8431574 7-Data Validade da Senha 2 7 / 10 / 16 1 / 2 1 1

8-Alimento da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 4 5 5 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ARIANE STEPHANE DE PAULA TEIXEIRA

07/10/1983

ARIANE STEPHANE DE PAULA TEIXEIRA

16-Aliamento a RM N 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 4 4 1 5 9 8 7 1 8 4 4 22-Nome do Contratado Executante NATHALIA LIMA CAPATI 23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (1F) 85200158-16

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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16	1	5 3 3 10 0	0 10 0	0 10 0	513 1 / 03 / 2 1				
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-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Aliamento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Aliamento	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Aliamento	49-Tipo de Faturamento	50-Tipo de Aliamento	51-Valor Total R\$	52-Tipo de Aliamento	53-Tipo de Faturamento	54-Tipo de Aliamento	55-Tipo de Faturamento
1 1 / 1 1 / 1 1	1 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência	1 1 - Total 2 - Parcel	1 1 - Total 2 - Parcel	5 13 3 10 0	1 1 - Total 2 - Parcel	1 1 - Total 2 - Parcel	1 1 - Total 2 - Parcel	5 13 3 10 0	1 1 - Total 2 - Parcel	1 1 - Total 2 - Parcel	1 1 - Total 2 - Parcel	1 1 - Total 2 - Parcel

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 referentes 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 3 1 / 10 / 3 1 / 2 1 1 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 3 1 / 10 / 3 1 / 2 1 1 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 3 1 / 10 / 3 1 / 2 1 1 53-Data, local e Carimbo da Empresa 3 1 / 10 / 3 1 / 2 1 1

Dr(a) Nathalia Capati
CNO-SP 122536