



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 11/09/10 6/12/11 4-Data de Autorização 12/13/10 6/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8718069 7-Data Validade da Senha 11/17/10 19/12/11

590271
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202538123110010101011

9-Plano 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 VANESSA FERREIRA AIRES MATOS

15/09/1987

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano VANESSA FERREIRA AIRES MATOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALLIA LIMA CAPATI

22-Nome do Contratado Executante NATHALLIA LIMA CAPATI

18-Número no CRO 122536

19-UF SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200158-16

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14411591871844

23-Número no CRO 122536

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante NATHALLIA 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
1-0	01810101065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3141010	01010			23/06/21		Vanessa
2-0	01852001158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	1	5331010	01010			23/06/21		Vanessa
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 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 5671010 47-Valor Total R\$ 101010 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 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 14/06/21 Capati 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/06/21 Capati 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/06/21 Vanessa 53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/06/21

Dra. Nathalia Capati
CRO-SP 122536