



519817
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 4-Data de Autorização 12/09/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8469206 7-Data Validade da Senha 10/08/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002012535176100000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/09/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DAYANE GOMES DO NASCIMENTO 29/06/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DAYANE GOMES DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALLIA LIMA CAPATI 18-Número no CRO 122536 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14115987181414 22-Nome do Contratado Executante NATHALLIA LIMA CAPATI 23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (1F) 85200166-11 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 Recusa	42-Assinatura
1-010	852100166	TRATAMENTO ENDODONTICO	11	1	1	2581010	0,00	51031051121				Dayane
2-												
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 12581010 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 03/10/21 N. Capati 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/21 N. Capati 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 03/10/21 N. Dayane 53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/10/21 Dra. Nathalia Capati CRO-SP 122535