



583884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/14/10 16/12/11	4-Data de Autorização 11/15/10 16/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8696923	7-Data Válidade da Senha 11/12/10 19/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

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

13-Nome GILTON VACIS PEDROZO	22/11/1984	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GILTON VACIS PEDROZO
---------------------------------	------------	------------------------------	---

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 CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 1 1 5 9 8 7 1 8 1 4 1 4	22-Nome do Contratado Executante NATHALLIA LIMA CAPATI	23-Número no CRO 122536	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-46
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------	---	---	----------------------------	-------------	---

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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46	1	5 3 3 10 0	0,00	0,00	0,00	15/06/11		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 5 3 3 10 0	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 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 15/06/11 Capati	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11 Capati	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/11	53-Data Local e Carimbo da Empresa 15/06/11
---	---	--	--

Dra. Nathalia Capati
CRO-SP 122536