



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2016 4-Data de Autorização 11/01/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8684259 7-Data Validade da Senha 10/08/2019

580122
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025110550601956902 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/01/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIANE DE LOURDES ALMEIDA BORGES 21/08/1982 14-Telefone (11) 39691064 15-Nome do titular do plano RENATO BORGES JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN NATHALIA LIMA CAPATI 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 44159871844 22-Nome do Contratado Executante NATHALIA LIMA CAPATI 23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (UF) 85200140-24

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assentimento
1-0	085200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	24	1	1	33,00	0,00			17/06/21		
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 Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Falramento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/01/2016	1-T-Tratamento Odontológico	1-T-Total 2-Parcial	33,30	0,00								

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(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 v referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Nathalia Capati

50-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/21 Capati 51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/21 Capati 52-Data e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/06/21 53-Data e Assinatura do Médico da Empresa 12/06/21 CRO-SP 122536