

2-N



1489714
INTERCÂMBIO

16-Endereço para PPA N	17-Nome do Profissional Solicitante CAUANE RUYELO EGIDIO DOS SANTOS	18-Nome no CNO 140453	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNO / CDP 911405410101010116101	22-Nome do Consultado Especialista SOMANDO SORRISOS ODONTOLOGIA	23-Nome no CNO 140453	24-UF SP	25-Código CHES 4103335
26-Nome do Profissional Especialista CAUANE RUYELO EGIDIO DOS SANTOS		27-Nome no CNO 140453	28-UF SP	29-Código CBO S

Formulário de Tratamento e Procedimentos Odontológicos												
31- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fluxo	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Material/Consumível/Equip. RS	39- Data	40- Data de Realização	41- Nome do Clínica	42- Assinatura
1-0	0	8	2	0	0	0	8	5	1	9		
2-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
3-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
4-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
5-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
6-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
7-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
8-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
9-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
10-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
11-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
12-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
13-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
14-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
15-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
43-Data Previsto Término do Tratamento		44- Tipo de Atendimento										
☐ 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45- Tipo de Tratamento										
☐ 1- Total 2-Parcial		46- Total Quantidade US	3 6 5 1 0 0									
		47- Valor Total R\$	0 1 0 0									
		48- Total Frete/Outras Contribuições R\$										
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 em orçamento. Declino, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham restado(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
Assinatura												

Dra. Cezanne Rorato Esclafio dos Santos
Cirurgia Dentista
CRO-SP 140.453