



2217254
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2015	4-Data de Autorização 24/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13558405	7-Data Validade da Senha 20/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 09720302760800027		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANDREW KENUPP HERMENEGILDO	14-Telefone 18/05/1998	15-Nome do titular do plano DENISE KENUPP LEITE HERMENEGILDO
---------------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTORAD DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR IMAGEM	18-Número no CRO 16071	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03800749000101	22-Nome do Contratado Executante ODONTORAD DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR	23-Número no CRO 16071	24-UF RJ	25-Código CNES 5159725	21) 24232618, e marcar um horário para a realização dos
---	--	---------------------------	-------------	---------------------------	---

26-Nome do Profissional Executante LEONARDO MORETZ SOHN MEIRELLES	27-Número no CRO 16071	28-UF RJ	29-Código CBO S 09	procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALAS 701
--	---------------------------	-------------	-----------------------	---

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 Regulação	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	08/03/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/03/2015	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 78,00	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 em 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 valores 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 08/03/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 08/03/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/03/2015	53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/03/2015
---	--	---	--

X Andrew Kenupp Hermenegildo

CNPJ 03500749/0001-01

18/5/98

24984

BERMUEDES

— ODONTOLOGIA —

Amanda Bermudes

Clínica Geral/Endodontista/Ortodontista

CRO: 44704

Nome: Andrew Kenup Hermenegildo

Solicito Radiografia Panorâmica para avaliação de terceiros molares.

Rio, 19 de 2 de 2025

Amanda Bermudes
CRO-RJ 44704
Cirurgiã-Dentista/Endodontista

BERMUEDES ODONTOLOGIA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA
CNPJ: 48.569.619/0001-48

Avenida Nelson Cardoso, 1149/Sala 1210-Taquara-Rio de Janeiro.

Fone: (21) 99282-5180