



1494548
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/23	4-Data de Autorização 19/06/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11342174	7-Data Validade da Senha 17/09/23
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202556049800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CELITO THEODORO DOS SANTOS			14-Telefone 26/05/1962 () -	15-Nome do titular do plano CELITO THEODORO DOS SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Agendamento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CAUANE RUVOLO EGIDIO DOS SANTOS		18-Número no CRO 140453	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 91405400000160		22-Nome do Contratado Executante SOMANDO SORRISOS ODONTOLOGIA		23-Número no CRO 140453	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante CAUANE RUVOLO EGIDIO DOS SANTOS		27-Número no CRO 140453		28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	73	00	000					
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 73,00	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 19/06/23 SP	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/06/23 SP	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/23 Celito	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/06/23
--	--	--	--

Dra. Cauane Ruvoletto Egídio dos Santos
Cirurgia Dentista
CRO-SP 140.453