



1284241
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/01/23	4-Data de Autorização 11/01/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10738028	7-Data Validade da Senha 05/04/23
8-Número da Carteira 00202505682500019302			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SAPORITO DO BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome PAMELA FERREIRA ALVES			14-Telefone 27/06/1990	15-Nome do titular do plano DIEGO AMORIM DE ALMEIDA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante TALITA SENA DELGADO FERNANDES	18-Número no CRO 132162	19-UF SP
20-Código CBO S 025 -			Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36141268897			22-Nome do Contratado Executante TALITA SENA DELGADO FERNANDES	23-Número no CRO 132162	24-UF SP
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante TALITA SENA DELGADO FERNANDES			27-Número no CRO 132162	28-UF SP	29-Código CBO S

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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/01/23		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/01/23		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/01/23		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/01/23		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/01/23		
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 178,00	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 16/01/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/01/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/01/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/01/23 Dra. Talita Sena Fernandes Cirurgiã Dentista CRO SP 132.162
---	---	---	--