



562339
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/05/21	4-Data de Autorização 25/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8624709	7-Data Validade da Senha 22/08/21
8-Endereço do Beneficiário 002025378770000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIETE BARBOSA CAMPOS DOS SANTOS		14-Telefone 17/07/1964	15-Nome do titular do plano ELIETE BARBOSA CAMPOS DOS SANTOS		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELIETE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ELIETE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	28-UF SP	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DVI	1	122,00	0,00			31/05/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 122,00	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 no 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 31/05/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/05/21	52-Data, local e Carimbo da Empresa 31/05/21
---------------	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502



CEMA Odontologia

CRO 5502

Clíete Barbosa Santos, matriculo
002025378 77 000000404, gto
562339, realizou restauração no
elemento 22, face DVI.

Tendo em vista a oclusão,
restauração caiu, necessitando
realizar tratamento endodôntico e
confecção de prótese unilar

Benevenuto assina, Termo de ciência.

End. Av. Paes de Barros, 1537
Mooca - São Paulo - SP
CEP 03115-001



Agendamento de Consultas:
☎ (11) 2028-0511 / (11) 2028-8044
📞 (11) 94120-3072



