



489955
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Dia de Emissão da Guia 03/10/2021	4-Data de Autorização 04/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8351614	7-Data Validade da Senha 01/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0020253552690000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELLY ABREU MIRANDA		14-Telefone 23/10/2002 () / /	15-Nome no Lular do plano KELLY ABREU MIRANDA		
Dados da Contratada Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	18-Número no CRO 12547	19-UF DF	20-Código CBO S	25 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 056113591671	22-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	23-Número no CRO 12547	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	27-Número no CRO 12547	28-UF DF	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Médico da Clínica	42-Assinatura
1	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00			04/03/21		Kelly
2	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			36,00	0,00			04/03/21		Kelly
3	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			36,00	0,00			04/03/21		Kelly
4	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			36,00	0,00			04/03/21		Kelly
5	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			36,00	0,00			04/03/21		Kelly
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 04/10/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-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 do 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), 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-Dia, Hora e Assinatura do Consultado Dentista Solicitante 04/10/21 Kelly Abreu Miranda	51-Dia, Hora e Assinatura do Profissional Assistente do Consultado Dentista 04/10/21 Kelly Abreu Miranda	52-Dia, Hora e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/21 Kelly Abreu Miranda	53-Dia, Hora e Assinatura da Empresa 04/10/21 Kelly Abreu Miranda
CRO-DF 12547 Cirurgião Dentista			