



2-No

2346339
INTERCÂMBIO

025 -		Faturar Empresa	
17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
WANESSA LIANY DA GAMA BARROS	4637	PA	
15-Atendimento a RN	21-Código de Operadora / CNPJ / CPF	23-Número no CRO	24-UF
N	152161614161528711	4637	PA
22-Nome do Contratado Exculante	25-Código CNES	27-Número no CRO	28-UF
WANESSA LIANY DA GAMA BARROS		4637	PA
26-Nome do Profissional Exculante	29-Código CBO S		
WANESSA LIANY DA GAMA BARROS			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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				
1-1-0-1-0-1-0-1-0-1-4-0		TRATAMENTO ENDODONTICO	24		1	3 3 3 0 0		0,00	S	/	A 6 2 6 8 9 2 5 X 1208				
2-2-0-1-0-1-0-1-4-0		TRATAMENTO ENDODONTICO	25		1	3 3 3 0 0		0,00	S	/	A 6 2 6 8 9 2 5 X 1208				
3-										/					
4-										/					
5-										/					
6-										/					
7-										/					
8-										/					
9-										/					
10-										/					
11-										/					
12-										/					
13-										/					
14-										/					
15-										/					

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência 1-Total 2-Parcial 6 6 6 0 0 0,00

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 o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fui/foram realizado(s), fui/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 previstos em contrato.

T-199,30

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
16/06/25	16/06/25	16/06/25	16/06/25

Dr. Vanessa Barros
Cirurgiã - Dentista
Endodontista
CRO/PA 4637

Dr. Vanessa Barros
Cirurgiã - Dentista
Endodontista
CRG/PA 4637