



659155
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/81/21	4-Data de Autorização 13/10/81/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8935012	7-Data Validade da Senha 11/11/11/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202540887400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL WALLACE MACHADO DE MESQUITA		14-Telefone 06/02/1999 () - - - - -	15-Nome do titular do plano GABRIEL WALLACE MACHADO DE MESQUITA	

Dados em Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Falha	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	23/8/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	23/8/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	23/8/21		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	23/8/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 no 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 este 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 23/10/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/21	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 23/10/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 23/10/21
---------------	---	---	--	--

CEMAO
CRO/SP 5502