



473103
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2021	4-Data de Autorização 11/11/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8282429	7-Data Validade de Sema 11/01/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 000202153468181000001001	9-Título POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WANESSA CRISTINA TIRELLI	14-Telefone 08/12/1989	15-Nome do titular do plano WANESSA CRISTINA TIRELLI
-------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	18-Número no CRO 12547	19-UF DF	20-Código CBO S	205 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------------

21-Código da Operadora - CNPJ / CPE 056111359167	22-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	23-Número no CRO 12547	24-UF DF	25-Código CHES	Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100219 (III) 85100220
---	---	---------------------------	-------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	27-Número no CRO 12547	28-UF DF	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão	42-Assinatura
1	0001851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DPV	1	122100	0100			25/02/21		
2	0001851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPV	1	122100	0100			25/02/21		
3	00018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	8800	0100			25/02/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Emissão Termo do Tratamento 25/11/2021	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 332100	47-Valor Total R\$ 1000	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(ram) 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-Consideração

50-Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante 25/11/2021 Isadora Barreira da Rocha CRO-DF 12547	51-Data, Local e Assinatura do Contratado Executante 25/11/2021 Isadora Barreira da Rocha CRO-DF 12547	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2021 CRO-DF 12547	53-Data, Local e Assinatura da Empresa
---	--	---	--