



2006877
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/24	4-Data de Autorização 28/08/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12892889	7-Data Validade da Senha 25/11/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533924400030702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPerval COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANAINA CRISTINA APARECIDA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO PADILHA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SARA AIACHE	18-Número no CRO 5363	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 57801207904	22-Nome do Contratado Executante SARA AIACHE	23-Número no CRO 5363	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante SARA AIACHE	27-Número no CRO 5363	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200	

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 Glosa	42-Assin
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/08/24		para
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	28/08/24		para
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	28/08/24		para
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	28/08/24		para
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV	1	88,00	0,00		S			
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 386,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 por 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, 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 28/08/24 Drª Sara Aiache CRO 5363 CPF 578.012.079-04	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/24 para	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	--	---	--