



476562
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/02/21	4-Data de Autorização 18/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297941	7-Data Validade da Senha 14/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202502683600908201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RENATA DE SOUZA VENUKA		14-Telefone 23/11/2001	15-Nome do titular do plano RENATA DE SOUZA VENUKA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994		22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001294-28
26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		27-Número no CRO 19231		28-UF PR	29-Código CBO S		(I) 82001294-38

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-Assinatura
1	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S	19/03/21		Renato
2	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	19/03/21		Renato
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/03/21	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 372,00	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 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(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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/03/21 / Renato	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/21 / Renato	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21 / Renato	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/03/21 / Renato
--	--	--	--

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231