



459182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/01 11:21	5-Serça AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8218223	7-Data Validade da Serça 12/11/04 11:21
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 100202502683600910101	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLEILTON DA SILVA PEDROSO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLEILTON DA SILVA PEDROSO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109740641903	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	

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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Sinal
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		25/01/21	
2-0	684000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		25/01/21	
3-0	684000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		25/01/21	
4-0	684000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00		25/01/21	
5-0	684000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		25/01/21	
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Engenharia/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que, após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato (caso não haja desconto(s) adicional e por mim assinado(s)). 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-Observações	50-Data, Assinatura do Cirurgião-Dentista e Solicitante 25/01/21	51-Data, Assinatura do Beneficiário 25/01/21	52-Data, Assinatura da Empresa 11/11/11
----------------	---	---	--

Leonardo A. P. Bringhenti
25 Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107