



459038
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/01 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8217536	7-Data Validade da Guia 22/11/04 11:21
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202519291800035601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REMESA REFLORESTADORA SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RUDINEI MIRANDA DA CRUZ				
14-Telefone 09/09/1988				
15-Nome do titular do plano RUDINEI MIRANDA DA CRUZ				

16-Atendimento a RN LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	18-Número no CRO 29107	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CIPJ / CIP 09740641903		22-Nome do Contratado Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	23-Número no CRO 29107	24-UF PR	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		27-Número no CRO 29107	28-UF PR	29-Código CBO S	

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 (Des) Assinatura
1	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		26/01/21	x Rudinei
2	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00		26/01/21	x Rudinei
3	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00		26/01/21	x Rudinei
4	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00		26/01/21	x Rudinei
5	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00		26/01/21	x Rudinei
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-Ortodontia 4-Engenharia Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	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, 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), foram realizados 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.

66-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 26/01/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21 Rudinei M. da Cruz	52-Data, local e Assinatura da Empresa 26/01/21
---	--	--

26/01/21 **Leonardo A. P. Bringhenti**
Cirurgião Dentista

CRO-PA 29107