



2359475
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14032648	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COCAMAR COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202519774300073704				12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PAULO SERGIO BUENO		20/11/1987		14-Telefone () -	
				15-Nome do titular do plano ROSIMARA ROCHA BUENO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 30190		19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE APARECIDA DE SOUSA DA SILVA PILEGE					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07844893940		22-Nome do Contratado Executante ALINE APARECIDA DE SOUSA DA SILVA PILEGE		23-Número no CRO 30190	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ALINE APARECIDA DE SOUSA DA SILVA PILEGE		27-Número no CRO 30190		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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OL	1	88,00	0,00		S	25/06/25		Paulo
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00	0,00		S	25/06/25		Paulo
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	25/06/25		Paulo
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2012	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 210,00	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 25/10/2012 Aline	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2012 Aline	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2012 Paulo Sergio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2012	Dra. Aline Pilege Cirurgiã Dentista CRO: 30190
---	---	--	---	--