



470503
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/21	4-Data de Autorização 25/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8270622	7-Data Validade da Senha 05/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202518650400007601	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATHALIE GUISE	14-Telefone () -
15-Data de Nascimento 01/02/1995	15-Nome do titular do plano NATHALIE GUISE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
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	
26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	27-Número no CRO 19231
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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	25/02/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	25/02/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	25/02/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/02/21	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 183,00	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 25/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/02/21
---	---	---	---

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