



478745
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8305331	7-Data Validade da Senha 18/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532290000000801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COMERCIAL IVAIPORA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUAN LOPES RODRIGUES		14-Telefone 27/09/1999 () -	15-Nome do titular do plano LUAN LOPES RODRIGUES		

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.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	04/03/21		Luana Lopes
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	04/03/21		Luana Lopes
3.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	04/03/21		Luana Lopes
4.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	04/03/21		Luana Lopes
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/03/21	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 140,00	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 e 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 04/03/21 Luana Lopes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/21 Luana Lopes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/21 Cicero Ayres de Mello Netto	53-Data, local e Carimão da Empresa 04/03/21 Cicero Ayres de Mello Netto
---	---	---	---

CICERO AYRES DE MELLO NETTO
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO-PR 19231