



449489  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/2012	4-Data de Autorização 03/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8178938	7-Data Validade da Senha 07/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202502683600566002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELE FILIPAK BILIK			14-Telefone 07/02/1985	15-Nome do titular do plano EDSON SILVA BILIK	

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 Enviar - RX (1) 85100218
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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	122,00	0,00		S	03/03/21		[Assinatura]
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-OncoDentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	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 03/03/21 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/03/21 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/21 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/03/21 [Assinatura]
--	--	--	--

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