



461818
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 18/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8232640	7-Data Validade da Senha 25/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020250268360089401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JESSICA CRISTINA DE PAULA ROSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JESSICA CRISTINA DE PAULA ROSA		
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	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

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	HA5D		1	35,00	0,00		S	18/02/21		<i>[Assinatura]</i>
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	18/02/21		<i>[Assinatura]</i>
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	18/02/21		<i>[Assinatura]</i>
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	18/02/21		<i>[Assinatura]</i>
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/02/21	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 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 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

Cicero Ayres de Mello Netto

CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO-PR 19231

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/02/21 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/21 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/02/21 <i>[Assinatura]</i>
---	---	---	---