



2391560
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07/25	4-Data de Autorização 13/11/07/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14138813	7-Data Validade da Senha 19/09/12/5
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 002025120590700036901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BO PAPER BRASIL INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROGELIO FERRAZ BARBOZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROGELIO FERRAZ BARBOZA
-----------------------------------	--	----------------------	---

16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANNY BORKOSKI CARVALHO MULLER		18-Número no CRO 25146	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 46665718000106		22-Nome do Contratado Executante ODONTOCLIN CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 25146	24-UF PR	25-Código CNES 4624629	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
---	--	---	--	---------------------------	-------------	---------------------------	---

26-Nome do Profissional Executante DAIANNY BORKOSKI CARVALHO MULLER		27-Número no CRO 25146	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	PM	1	88,00	0,00		S	/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 88,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--