



459193
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 1 / 0 4 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8218268

5-Senha
AUTORIZADO

14-Data de Autorização
12 2 / 0 1 / 2 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

3-Data de Emissão da Guia
12 1 / 0 1 / 2 1

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

10-Empresa
COAMO AGROINDUSTRIAL

14-Telefone
() / / / / / /

13-Nome
LUIZ HENRIQUE DE LIMA PEDROSO

23/02/2015

16-Número no CBO
29107

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

25-Código CNES
Faturar Empresa

15-Nome do titular do plano
CLEILTON DA SILVA PEDROSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Beneficiário
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 9 7 4 0 6 4 1 9 0 3

22-Nome do Contratado Executante
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

23-Número no CBO
29107

24-UF
PR

25-Código CBO S
29107

26-Nome do Profissional Executante
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Carteira Regalo

34-Fluxo

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dados de Realização

41-Moeda de Cotação

42-Atividade

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Taxa Qualificação US

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total R\$

52-Valor Total R\$

53-Valor Total R\$

54-Valor Total R\$

55-Valor Total R\$

56-Valor Total R\$

57-Valor Total R\$

58-Valor Total R\$

59-Valor Total R\$

60-Valor Total R\$

61-Valor Total R\$

62-Valor Total R\$

63-Valor Total R\$

64-Valor Total R\$

65-Valor Total R\$

66-Valor Total R\$

67-Valor Total R\$

68-Valor Total R\$

69-Valor Total R\$

70-Valor Total R\$

71-Valor Total R\$

72-Valor Total R\$

73-Valor Total R\$

74-Valor Total R\$

75-Valor Total R\$

76-Valor Total R\$

77-Valor Total R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, finalidades, 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), foram realizados com meu consentimento e de forma saudável. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, conforme endo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhenti

Cirurgião Dentista

CRO-PR 29107

28/01/21

28/01/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

53-Data, local e Assinatura do Responsável pelo Tratamento