



1516869
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/07/23	4-Data de Autorização 04/07/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11404789	7-Data Validada da Senha 02/11/23
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202502683600978502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALINE DA SILVA CANDIDO	15/08/1993	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNO DE SOUZA MOREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Afiliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANO BERNARDI DA SILVA	18-Número no CRO 3160	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0469117907	22-Nome do Contratado Executante JULIANO BERNARDI DA SILVA	23-Número no CRO 3160	24-UF MS	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante JULIANO BERNARDI DA SILVA		27-Número no CRO 3160	28-UF MS	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			1	14000	0,00	S		/ /		Aline
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0,00	S		/ /		Aline
3	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00	S		/ /		Aline
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6100	0,00	S		/ /		Aline
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 31300	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 os(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 Aline da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--