



461822
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 8232642		7-Data Validade da Senha 25/04/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202502683600894402				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MARCOS ROBERTO DA SILVA RAMOS						14-Telefone 03/10/1988		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	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		marcos	
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		marcos	
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		marcos	
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		marcos	
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento 25/01/21		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													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/01/21 [Assinatura]				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 [Assinatura]				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 [Assinatura]		53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/01/21 [Assinatura]			

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