



443088
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 17/12/20
4-Data de Autorização 18/12/20
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8155173
7-Data Validade da Senha 17/03/21

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202531440800000105
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCIELLI SALKOSKI NUNES
14-Telefone 10/03/1988
15-Nome do titular do plano MABIELE BETIM MELEK NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
18-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
(I) 85100200 (I) 85100218
(I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200

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	25	OD	1	88,00	0,00		S	18/12/20		[Assinatura]
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	18/12/20		[Assinatura]
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OM	1	88,00	0,00		S	03/02/21		[Assinatura]
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	61,00	0,00		S	03/02/21		[Assinatura]
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMV	1	122,00	0,00		S	24/02/21		[Assinatura]
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OV	1	88,00	0,00		S	24/02/21		[Assinatura]
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/02/21
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 535,00
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 24/02/21 [Assinatura]
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21 [Assinatura]
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21 [Assinatura]
53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/02/21 [Assinatura]
Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231