



409113
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 3 1 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8013616	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 1 1 2 4 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALDENOR QUEIROZ DO NASCIMENTO		14-Telefone 25/07/1991	15-Nome do titular do plano ALDENOR QUEIROZ DO NASCIMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	18-Número no CRO 4842	19-UF PA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 9 4 2 9 7 3 1 2 7	22-Nome do Contratado Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	23-Número no CRO 4842	24-UF PA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		27-Número no CRO 4842	28-UF PA	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-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	03/11/20		Aldenor
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	03/11/20		Aldenor
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	03/11/20		Aldenor
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	03/11/20		Aldenor
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/11/20	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 1 4 4 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 03/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 Aldenor Q. do Nascimento	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20 Eliza A. Q. F. Krindo Cirurgiã Dentista CRO 4842 - PA
---	---	--	---