



412335
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8025529	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253290660000101		13-Nome ANTONIO CAMPOS MIRANDA		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano ANTONIO CAMPOS MIRANDA		17/05/1969	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4842	19-UF PA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00942973127	22-Nome do Contratado Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	23-Número no CRO 4842
24-UF PA		25-Código CNES (I) 81000421- (II) 81000421-RPSE	26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	
		27-Número no CRO 4842	28-UF PA	29-Código CBO S

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/11/20		Antonio
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/11/20		Antonio
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/11/20		Antonio
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/11/20		Antonio
5-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00		S	26/11/20		Antonio
6-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00		S	26/11/20		Antonio
7-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		S	26/11/20		Antonio
8-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	26/11/20		Antonio
9-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	26/11/20		Antonio
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	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 391,00	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 26/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Antonio Campos	53-Data, local e Carimão da Empresa 26/11/20 Eliza A. Q. E. Krindges Cirurgiã Dentista CRO 4842 - PA