



526415
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 9 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 1 9 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8494631	7-Data Validade da Senha 1 8 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número de Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 1 3 2 7 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 MARIA LEDINALDA NUNES AMORIM		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA LEDINALDA NUNES AMORIM	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	
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	
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	23-Número no CRO 4842	24-UF PA
	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	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	2 4 / 0 4 / 2 1		Maria
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	2 4 / 0 4 / 2 1		Maria
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	2 4 / 0 4 / 2 1		Maria
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	2 4 / 0 4 / 2 1		Maria
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 2 4 / 0 4 / 2 1	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 2 4 / 0 4 / 2 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2 4 / 0 4 / 2 1
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2 4 / 0 4 / 2 1	53-Data, local e Carimbo da Empresa 2 4 / 0 4 / 2 1

Dra. Eliza A. Q. F. R.
Cirurgiã Dentista
CRO 4842 - PA

Maria Ledinalda Nunes Amorim