



723498
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 9 / 2 1	4-Data de Autorização 2 9 / 0 9 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9120245	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 1 5 5 3 2 0 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 AMANDA PABLYCIA SOUSA BRITO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AMANDA PABLYCIA SOUSA BRITO
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	18-Número no CRC 4842	19-UF PA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 81000421-RPID
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 CRC 4842	24-UF PA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	27-Número no CRC 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 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	8 8 0 0	0,00		S	/ /		
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMV	1	1 2 2 0 0	0,00		S	/ /		
3-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID		1	1 4 0 0	0,00		S	/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

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