



480770
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/02/21	4-Data de Autorização 20/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8311705	7-Data Validade da Senha 20/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535228300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ARTHUR GILSON ALENCAR DIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCIELLY DE SOUSA ARAIS		

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 00942973127	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	

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
1-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	15/03/21		Francielly
2-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	15/03/21		Francielly
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	15/03/21		Francielly
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	15/03/21		Francielly
5-0084000074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	74		1	49,00	0,00		S	15/03/21		Francielly
6-0084000074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	84		1	49,00	0,00		S	15/03/21		Francielly
7-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00		S	15/03/21		Francielly
8-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00		S	15/03/21		Francielly
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/03/21	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 360,00	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 15/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 15/03/21, Francielly de S.A	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/03/21, Cirurgiã Dentista CRO 4842 - PA
---	---	--	--