



480801
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 19/02/21	4-Data de Autorização 20/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8311754	7-Data Validade da Senha 20/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202535575600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARTINHO RODRIGUES DE SOUSA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARTINHO RODRIGUES DE SOUSA
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atribuição 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 -
---	--	-------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

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 025 -
--	---	--------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	27-Número no CRO 4842	28-UF PA	29-Código CBO S 025 -
---	--------------------------	-------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	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	22/02/21		Martinho
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/02/21		Martinho
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/02/21		Martinho
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/02/21		Martinho
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODM	1	122,00	0,00		S	22/02/21		Martinho
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	22/02/21		Martinho
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	22/02/21		Martinho
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/02/21	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 368,00	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 22/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/02/21
---	---	---	---

A. Q. F. Krind
Cirurgiã Dentista
CRO 4842 - PA