



486308
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2021	4-Data de Autorização 03/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8337173	7-Data Validade da Senha 27/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 00202535546000000101					
13-Nome CLEUDILENE DO NASCIMENTO COSTA		14-Telefone 09/11/1995	15-Nome do titular do plano CLEUDILENE DO NASCIMENTO COSTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4842	19-UF PA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	23-Número no CRO 4842	24-UF PA	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00942973127		22-Nome do Contratado Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		27-Número no CRO 4842	
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		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	05/03/21		Cleudilene
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/03/21		Cleudilene
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/03/21		Cleudilene
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/03/21		Cleudilene
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	05/03/21		Cleudilene
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	05/03/21		Cleudilene
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/03/21	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 320,00	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 05/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 Cleudilene do nascimento costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/21 Dra. Eliza A. Q. F. Krindges Cirurgiã Dentista CRO 4842 - PA
---	---	---	---