



476867
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/02/21	4-Data de Autorização 16/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8298937	7-Data Validade da Senha 16/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535228300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FRANCIELLY DE SOUSA ARAIS		14-Telefone 04/01/1992	15-Nome do titular do plano FRANCIELLY DE SOUSA ARAIS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RM 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	Enviar - RX (IF) 85200158-27
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		27-Número no CRO 4842	28-UF PA	29-Código CRO S	(I) 81000421-

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27	1	1	533,00	0,00			24/02/21		Francielly
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00			24/02/21		Francielly
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/02/21	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 547,00	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(ram) 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 24/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21 - Francielly S. A.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/04/21
---	---	--	---

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