



509689
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/03/21	4-Data de Autorização 27/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8427547	7-Data Validade da Senha 24/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536198400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ARLENE SILVA VIANA		14-Telefone 18/10/2002	15-Nome do titular do plano ARLENE SILVA VIANA		
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	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		27-Número no CRO 4842	28-UF PA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00		S	03/04/21		Arlene
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	03/04/21		Arlene
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Término do Tratamento 03/04/21	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 87,00	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 03/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/04/21
---	---	---	---

Arlene Silva Viana

Jr. Eliza A. Q. F. Krindge
Cirurgiã Dentista
CRO 4842 - PA