



492678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/03/21	4-Data de Autorização 08/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8362074	7-Data Validade da Senha 03/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535908900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELZI GASPAR DE OLIVEIRA LARROQUE			14-Telefone 11/03/1975	15-Nome do titular do plano ELZI GASPAR DE OLIVEIRA LARROQUE	
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 (IF) 85200158-36
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES			27-Número no CRO 4842	28-UF PA	29-Código CBO 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	36		1	533,00	0,00		S	05/04/21		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	05/04/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/04/21	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 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/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 Acidentalmente houve fratura na raiz mesial de uma linha #25, o canal foi reinstrumentado a linha ultrapi- xada e desobstruído, paciente satisfeito e acompanhado durante o tempo.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/04/21

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

Elzi Gaspar O. Larroque