



483878
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 2 5 / 0 2 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8325254	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 5 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 5 0 1 7 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUVENIR CANDIDO DE PAULA		14-Telefone 13/06/1978	15-Nome do titular do plano CLAUVENIR CANDIDO DE PAULA	

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 Enviar - RX (IF) 85200166-22
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 9 4 2 9 7 3 1 2 7	22-Nome do Contratado Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	23-Número no CRO 4842	24-UF PA	25-Código CNES	
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-	0 0 8 5 2 0 0 1 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22	1	1	2 5 8 0 0	0 0 0			0 1 / 0 4 / 2 1		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 0 1 / 0 4 / 2 1	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 2 5 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 0 1 / 0 4 / 2 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 1 / 0 4 / 2 1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 1 / 0 4 / 2 1	53-Data, local e Carimbo da Empresa 0 1 / 0 4 / 2 1 Eliza A. Q. F. Krindges Cirurgiã Dentista CRO 4842 - PA
--	--	--	---