



533001
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2014	4-Data de Autorização 26/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8518147	7-Data Validade da Senha 25/10/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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	
13-Nome GERALDO CUNHA CALDAS SILVA				14-Telefone 13/10/1992		15-Nome do titular do plano GERALDO CUNHA CALDAS SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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	
16-Atendimento a RN N		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- (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES				27-Número no CRO 4842		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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	73,00	0,00		S	26/10/14	21	
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	26/10/14	21	
3-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00	0,00		S	26/10/14	21	
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	26/10/14	21	
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2014	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 26/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2014
---	---	---	---

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