



400181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 2 2 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7976098	7-Data Validade da Senha 1 8 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

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
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 4 3 3 4 0 0 0 0 0 1 0 2					
13-Nome GERALDO LINS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE LINS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4842	19-UF PA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	23-Número no CRO 4842	24-UF PA	25-Código CNES	
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		26-UF PA	
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 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	7 3 0 0	0,00		S	22/10/20		geraldo
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD		1	1 4 0 0	0,00		S	22/10/20		geraldo
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/20	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 8 7 0 0	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 22/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 22/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/20 Eliza A. Q. F. Krindge Cirurgiã Dentista CRO 4842 - PA