



515005  
INTERCÂMBIO

|                                                                                 |                                                                                  |                                                                               |                                      |                                                        |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/04/21                                            | 4-Data de Autorização<br>05/04/21                                             | 5-Senha<br>AUTORIZADO                | 6-Número da Guia Principal<br>8449291                  | 7-Data Validade da Senha<br>04/07/21     |
| Dados do Beneficiário                                                           |                                                                                  |                                                                               |                                      |                                                        |                                          |
| 8-Número da Carteira<br>002025368172000000102                                   |                                                                                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde    |
| 13-Nome<br>PATRICIA SOUSA BRAGA                                                 |                                                                                  |                                                                               | 14-Telefone<br>13/12/2000            | 15-Nome do titular do plano<br>ELIEL DOS ANJOS PEREIRA |                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                 |                                                                                  |                                                                               |                                      |                                                        |                                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES |                                                                               | 18-Número no CRO<br>4842             | 19-UF<br>PA                                            | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>00942973127                              |                                                                                  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES | 23-Número no CRO<br>4842             | 24-UF<br>PA                                            | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES |                                                                                  |                                                                               | 27-Número no CRO<br>4842             | 28-UF<br>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 |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/04/21              |                    | Patricia      |
| 2-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/04/21              |                    | Patricia      |
| 3-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/04/21              |                    | Patricia      |
| 4-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/04/21              |                    | Patricia      |
| 5-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>08/04/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>144,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>08/04/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/04/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/04/21 Patricia Sousa Braga | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/04/21 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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