

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



532627
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/21	4-Data de Autorização 24/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8516882	7-Data Validade da Senha 23/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537132700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO COSMO DA SILVA		14-Telefone 27/09/1948	15-Nome do titular do plano MARIA LEDINALDA NUNES AMORIM		
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) 85200166-33 (I) 81000421-RII
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		27-Número no CRO 4842	28-UF PA	29-Código CBO S	(IF) 85200166-32 (IF) 85200166-41

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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	33		1	258,00	0,00		S	26/04/21		+ Joao
2-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	32		1	258,00	0,00		S	26/04/21		+ Joao
3-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	41		1	258,00	0,00		S	26/04/21		+ Joao
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	26/04/21		+ Joao
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/04/21	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 788,00	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 Dente 33, no apico preferencial para lateral por a radiometria foi feita com localizador apical que é mais preciso		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/04/21

* Joao Cosmo da Silva

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