



|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>24/03/21 | 4-Data de Autorização<br>24/03/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8417200 | 7-Data Validade da Senha<br>22/06/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                             |  |                                |  |                                      |  |                                                   |  |                                       |  |
|---------------------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                       |  | 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 |  |
| 8-Número da Carteira<br>0020253619840000101 |  |                                |  |                                      |  |                                                   |  |                                       |  |
| 13-Nome<br>ARLENE SILVA VIANA               |  |                                |  | 14-Telefone<br>18/10/2002            |  | 15-Nome do titular do plano<br>ARLENE SILVA VIANA |  |                                       |  |

|                                                                                 |  |                                                                                  |  |                          |  |             |  |                                                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-------------|--|----------------------------------------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                 |  | 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                 |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                        |  |                                                                                  |  |                          |  |             |  |                                                          |  |
| 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<br>Enviar - RX<br>(IF) 85200140-24        |  |
| 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<br>(IF) 85200140-25<br>(I) 81000421-RPSE |  |

| 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-        | 0085200140                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 24              |         | 1      | 333,00           | 0,00     |                                 | S      | 25/03/21              |                    | Arlene        |
| 2-        | 0085200140                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 25              |         | 1      | 333,00           | 0,00     |                                 | S      | 25/03/21              |                    | Arlene        |
| 3-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSE            |         | 1      | 4,00             | 0,00     |                                 | S      | 25/03/21              |                    | Arlene        |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>25/03/21 | 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>680,00 | 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>25/03/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>25/03/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/03/21 - Arlene Silva Viana | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>25/03/21 - Dra Eliza A. Q. F. Krindges<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO 4842 - PA |