



425681
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081261	7-Data Validação da Senha 21/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

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 00202533112400000101		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALDENOR QUEIROZ DO NASCIMENTO	
13-Nome ALDENOR QUEIROZ DO NASCIMENTO		25/07/1991			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4842	19-UF PA	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
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	Enviar - RX
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00942973127		22-Nome do Contratado Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	27-Número no CRO 4842	28-UF PA	(I) 85100200 (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 81000421-		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento											
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	01/12/20		Aldenor
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	01/12/20		Aldenor
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	01/12/20		Aldenor
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	01/12/20		Aldenor
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/12/20	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 204,00	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	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/12/20

Eliza A. O. F. Krindges
Cirurgiã Dentista
CRO 4842-PA

Aldenor Queiroz do Nascimento