



518245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/04/21		4-Data de Autorização 08/04/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8462836		7-Data Validade da Senha 07/07/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202536510400000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCILENE ARAUJO DE SOUZA						14-Telefone 28/02/1973 () -		15-Nome do titular do plano MARCILENE ARAUJO DE SOUZA			
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	
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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	08/04/21		<i>Marcilene</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/04/21		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 61,00		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 08/04/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/04/21	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/21 <i>Marcilene A. de Souza</i>		53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/04/21 <i>Dra Eliza A. Q. F. Krindges Cirurgiã Dentista CRO 4842 - PA</i>	