



526480
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/14/12/1	4-Data de Autorização 19/10/14/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8494879	7-Data Validade da Senha 18/10/17/12/1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537164700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VICTOR PORTELA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLA PORTELA DA COSTA	

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	
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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/10/14		Carla
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/10/14		Carla
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/10/14		Carla
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/10/14		Carla
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/14	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 140,00	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 22/10/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/14
---	---	---	---

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

xCarla Portela da Costa