



448714
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/21	4-Data de Autorização 07/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8175978	7-Data Validade da Senha 06/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534287000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DOMINGOS GOES LIMA		14-Telefone 04/08/1988	15-Nome do titular do plano DOMINGOS GOES LIMA		

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 Enviar - RX (IF) 85200158-16 (I) 81000421-
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													39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura															
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-	0	0	8	5	2	0	0	1	5	8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1		5	3	3	0	0					S	18	01	21		Domingos	
2-	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1	RX PERIAPICAL	RMSD		1		1	4	0	0					S	18	01	21		Domingos		
3-																															
4-																															
5-																															
6-																															
7-																															
8-																															
9-																															
10-																															
11-																															
12-																															
13-																															
14-																															
15-																															

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/01/21	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 547,00	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 18/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/01/21 Domingos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/01/21
---	---	--	---

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