



449393
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/21	4-Data de Autorização 08/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8178622	7-Data Validade da Senha 07/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202534287000000101									
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		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					
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							

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/01/21		X Domingos
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/01/21		X Domingos
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/01/21		X Domingos
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/01/21		X Domingos
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/01/21	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 144,00	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 08/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/01/21 X Domingos goes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/01/21
---	---	---	---

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