



373849
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7864069	7-Data Validade da Senha 10/12/20
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500322001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISLAINE ROCHA MACHADO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano CRISLAINE ROCHA MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CROMA RADIOLOGIA E IMAGEM ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 27345	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02941051660	22-Nome do Contratado Executante MARCELO LUIZ MELO SIMOES	23-Número no CRO 27345	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCELO LUIZ MELO SIMOES		27-Número no CRO 27345	28-UF MG	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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	--	-----------------------------------	--

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 no 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 25/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/2010
--	--	--	--

Dr. Marcelo Luiz Melo Simões
Cirurgião Dentista
Implante, Prótese, Sobre Implante, Radiologista
CRO - 27.345