



360511
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7803984	7-Data Validade da Senha 18/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202529712200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARINA SAMPAIO DE OLIVEIRA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TANIA MARA SAMPAIO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CROMA RADIOLOGIA E IMAGEM ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 27345	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02941051660	22-Nome do Contratado Executante MARCELO LUIZ MELO SIMOES	23-Número no CRO 27345	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante MARCELO LUIZ MELO SIMOES	27-Número no CRO 27345	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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\$																			
1.	0	0	8	1	0	0	0	4	0	5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1		7	8		0	0						S	24/08/20		Marina Sampaio	
2.																															
3.																															
4.																															
5.																															
6.																															
7.																															
8.																															
9.																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 78,00	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 24/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/20 Marina Sampaio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/08/20

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