



504138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/03/21	4-Data de Autorização 19/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8403243	7-Data Validade da Senha 17/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202534492100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GLEICE OLIVEIRA PENIDO				14-Telefone 03/06/1968	15-Nome do titular do plano GLEICE OLIVEIRA PENIDO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA CAMPOS MAGALHAES PACHECO	18-Número no CRO 47341	19-UF MG	20-Código CBO S
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 09

025 -
Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (31) 33094333, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Dom Jose Gaspar, 701, CORACAO

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	22/03/21		Gleice
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 14,00	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 22/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/03/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21 Gleice Penido	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/03/21

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