



353903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773766	7-Data Validade da Senha 08/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530766300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REMERSON RODRIGUES DE SOUSA 27/09/1975		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano REMERSON RODRIGUES DE SOUSA	

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	20-Código GBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000421- (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RPD
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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	13/08/20		RS
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	13/08/20		RS
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	13/08/20		RS
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	13/08/20		RS
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	13/08/20		RS
6	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	13/08/20		RS
7	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	13/08/20		RS
8	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	13/08/20		RS
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 112,00	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 11/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/20 Cirurgião Dentista Implante, Prótese, Sobre Implante, Radiologista CRO - 27.345
---	---	---	--