



441164
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8147282	7-Data Validade da Senha 15/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533669100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUARA MAGELA RODRIGUES	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 03/10/1992	16-Nome do titular do plano LUARA MAGELA RODRIGUES
-----------------------------------	----------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-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) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
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 CNEB	
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	RMID		1	14,00	0,00		S	17/12/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	17/12/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	17/12/20		
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 42,00	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 e 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 17/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/12/20 Luara Magela	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/12/20	Dr. Marcelo Luiz Melo Simões Cirurgião Dentista Implante, Prótese, Sobre Implante, Radiologista CRO - 27.345
---	---	--	---	---