



606739
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/21	4-Data de Autorização 05/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8771719	7-Data Validade da Senha 30/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202539502400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AUGUSTO CEZAR MARTINS DE PAIVA SILVA			14-Telefone 22/04/2000 () -	15-Nome do titular do plano AUGUSTO CEZAR MARTINS DE PAIVA 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	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
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 Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MARCELO LUIZ MELO SIMOES			27-Número no CRO 27345	28-UF MG	29-Código CBO S	

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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/07/21		<i>Augusto</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 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 07/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/07/21
---	---	---	---

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