



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1012924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/2022	4-Data de Autorização 08/06/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9994268	7-Data Validade da Senha 06/09/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202548302700001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CINTIA ALVES VIEIRA	14-Telefone 31/05/1978	15-Nome do titular do plano CINTIA ALVES VIEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E DIAGNOSTICO LTDA	18-Número no CRO 16130	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34125998000172	22-Nome do Contratado Executante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E	23-Número no CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES 0404926	
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	27-Número no CRO 16130	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	09/06/2022		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Fim do Tratamento 09/06/22	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 222,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/22 / C. Vieira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/06/22
--	--	---	---

Maria Cristina Franco de Freitas
R. ...
16130



Encaminhamento

Encaminho paciente Cintia Alves Vieira , para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal de 6 mm e perda óssea e caries.

Uberlândia 08 Junho de 2022

Dr. Julio Fracoso Neto
CRO 41.157

Av. Rio Branco 914- Centro - Uberlândia - MG Fone: (34)3086-1980 - (34) 99993-5009

Email: ceoluberlandia@hotmail.com