



585957
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 0 6 / 2 1	4-Data de Autorização 2 4 / 0 6 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8703678	7-Data Validade da Senha 1 4 / 0 9 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 1 8 4 4 0 0 0 0 1 0 3		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLIAM KENEDY NOGUEIRA LINHARES GOMES				14-Telefone 06/10/2004	15-Nome do titular do plano GIRLANDIA NOGUEIRA LINHARES GOMES		

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 Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 9 8 2 2 8 8 8 6 0 0	22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES	
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	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0	0 0		S			24.06.21 girlandia
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/06/21	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 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24.06.21 girlandia	54-Data, local e Carimbo da Empresa 24.06.21	55-Assinatura e Carimbo do Profissional Maria Cristina Franco Freitas Radiologista CRO 16130
--	--	---	---	---



Centro Odontológico e Saúde
Rua Professor Innocência Rocha, 87,
Saraiva - Uberlândia - MG
38408-012
(34) 3219-8267

Panorâmica

Paciente: Willian Kenedy Nogueira Linhares Gomes

Encaminho paciente para realização de Radiografia Panorâmica (para análise da arcada completa e avaliar o elemento 16 de possível canal).
Enviar no email: saudeodontologia5@gmail.com

Dr^a Isadora Nunes
Ortopia-Dentista
CRP-10-MG 56399

Isadora Helen Rodrigues Nunes

09/06/2021