



645986
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/21	4-Data de Autorização 04/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8894883	7-Data Validade da Senha 01/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202540701700000101									
13-Nome SABRINA APARECIDA BATISTA RESENDE				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SABRINA APARECIDA BATISTA RESENDE			
				24/04/1994					

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 49822886600		22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		23-Número no CRO 16130		24-UF MG		25-Código CNEB		26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número no CRO 16130	
												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 4200
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	04/08/2021	Presença
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	04/08/2021	Presença
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	04/08/2021	Presença
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	04/08/2021	Presença
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	04/08/2021	Presença
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/08/21	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 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 do 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 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 04/08/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 04/08/21		53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/08/21		54-Data, local e Assinatura do Radiologista CRO-16130	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--	--	--

PEDIDO DE RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Encaminhado (a) Sabrina Aparecida Batista Resende

pelo convênio Dental Uni.

Para radiografia panorâmica para avaliação de sisos e radiografia periapical do dente 11, 27 35 e 36, para avaliação de caries e canais .

Phamela Cristina Bernardes Naves
Cirurgiã Dentista
CRO MG: 44060

Phamela C. B. Naves

Dra. Phamela Cristina Bernardes Naves

CRO/MG 44060

COE- Centro Odontológico e Estética

Rua Coronel Antônio Alves Pereira, N799 Telefone: 3210-3802

Data: 03/08/2021