



644884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/21	4-Data de Autorização 03/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8891424	7-Data Validade da Senha 01/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202538006500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome GILVANIA PEREIRA DOS SANTOS		04/02/2003		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GILVANIA PEREIRA DOS SANTOS	

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 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPID
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4982288600		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						

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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-Ai
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	03/08/21	2021X gilvanio
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	03/08/21	2021X gilvanio
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	03/08/21	2021X gilvanio
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/08/21	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 42,00	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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/21 gilvanio pereira dos santos		53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/21		Radiologista CRO 16130	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---------------------------	--

Maria Cristina Franco Freitas

P/ Beluanio Pereira dos Santos

Solicito Rx panorâmica dos dentes

26 / 45 / 96 para avaliação mais

detalhado, dentes apresentam grande
lesão cárie.

CD: Jessyane O.F. Moraes

Jessyane Fortes
Cirurgia Dentista
CRMG: 59147

Uberlândia 27/07/21