



462688
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 26/01/2021		4-Data de Autorização 27/01/2021		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8237005		7-Data Validade da Senha 26/04/2021			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202534747400000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome PAULO ROBERTO CAETANO						14-Telefone () -		15-Data Validade da Carteira 18/02/1997					
16-Data Validade da Carteira 18/02/1997						15-Nome do titular do plano KARLA MARIA JOSE							
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			
25 - Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49822888600				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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	28/01/2021			
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Prescrição / Término do Tratamento 28/01/21		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 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 28/01/21													
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21													
53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/01/21													

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRO 16130



Clinica Integrada
Odonto Life

Guia de Encaminhamento

Encaminho paciente Paulo Roberto Caetano , para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal de 6 mm e perda óssea e caries.

Uberlândia 26 Janeiro de 2021

Antonio João Francisco Netto
CRO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com