



628514
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2021	4-Data de Autorização 23/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8841987	7-Data Validade da Senha 19/11/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020254019040000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARISTELA SHUTZ GONCALVES	
13-Nome MARISTELA SHUTZ GONCALVES		19/10/1972			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16130		19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E DIAGNOSTICO LTDA	23-Número no CRO 16130		24-UF MG	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49822888600		22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número no CRO 16130		
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		28-UF MG		29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	23/07/2021		Maristela
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/07/21	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 78,00	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 23/07/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 23/07/21 x Maristela		53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/07/21		54-Data, local e Carimbo do Profissional 23/07/21	
---------------	--	---	--	--	--	---	--	---	--	--	--

PEDIDO DE RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Encaminho o (a) paciente Maristela Shustz Gonçalves convênio Dental Uni para realizar levantamento periapical para avaliação de cáries e canais. E radiografia panorâmica para avaliação de sisos.

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: 21/07/2021