



413991  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/11/20 | 4-Data de Autorização<br>11/11/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8032011 | 7-Data Validade da Senha<br>05/02/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                            |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202532734400000102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MARILSON REIS SILVA DE FREITAS    |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA ELITANIA SOUZA CHAVES |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                        |                                                                                             |                           |             |                       |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                               | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E DIAGNOSTICO LTDA | 18-Número no CRO<br>16130 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000405 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>49822888600                     | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS                        | 23-Número no CRO<br>16130 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        |                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS |                                                                                             | 27-Número no CRO<br>16130 | 28-UF<br>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-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | 07/11/2020            |                    | marilmon      |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>07/11/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>07/11/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>07/11/2020 marilmon | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>07/11/2020 marilmon |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

Maria Cristina Franco Freitas  
Radiologista  
CRO 16130



*Clínica Integrada*  
**Odonto Life**

## Guia de Encaminhamento

Encaminho paciente Marilson Reis Silva De Freitas , para realizar raio x panorâmica para avaliação de siso e raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal de 6 mm e perda óssea e caries .

Uberlândia 07 de Novembro de 2020

Dr. Ronaldo Julio Fraga Neto  
CRCO 11157

---

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

Email:ceoluberlandia@hotmail.com