



420280
INTERCÂM

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8058860	7-Data Válida da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533323200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NAIRES NERES DE SOUSA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NAIRES NERES DE SOUSA
----------------------------------	----------------------	--

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) 81000405
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 CNE S	
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
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/11/20	Naires
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/11/20	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-part
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-----------------------------

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 tratamento. 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 referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

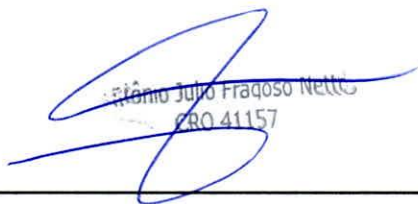
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Naires Neres de Sousa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/20
---	---	---	---



Guia de Encaminhamento

Encaminho o paciente Naires Neres de Sosa , para realizar raio x panorâmico para avaliação de siso e raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries e perca óssea .

Uberlândia 16 de Novembro de 2020



Flávio Julio Fraquoso Netto
CRO 41157

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

Email:ceoluberlandia@hotmail.com