



455796
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/2021	4-Data de Autorização 19/01/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8204364	7-Data Validade da Senha 18/04/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534169400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DYONNE PEREIRA GONCALVES		14-Telefone 10/08/2003	15-Nome do titular do plano CLAUDIMEIRE PEREIRA	

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 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	23/01/2021		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	23/01/2021		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	23/01/2021		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	23/01/2021		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	23/01/2021		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/01/21	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 134,00	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 23/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/01/21
---	---	---	---

Maria Cristina de Franco Freitas
Radiologista
CRO 16130

PEDIDO DE RADIOGRAFIA

DYONNE PEREIRA GONÇALVES

Para um melhor acompanhamento do seu caso, solicitamos que providencie a(s) seguinte(s) radiografia(s) relacionada(s):

**RX PANORAMICA
RX INTERPROXIMAL DOS POSTERIORES**

**MOTIVO: Solicito exame de raio-x para tratamento
periodontal severo**

Desde já, agradecemos antecipadamente.

Araguari 13 de Janeiro de 2021.


Ester Stopa de Oliveira Castro

Ester Stopa de Oliveira Castro
CRO-MG: 27.953
CRO-MG 27.953

(34) 3246-0059 / 3241-3583 / 3513-3333

Avenida Minas Gerais, 426 - Centro
CEP 38440-042 - Araguari - MG
E-mail: cetroaraguari@gmail.com