



660899
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/21	4-Data de Autorização 14/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8939732	7-Data Validade da Senha 12/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202541002400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALYSSON VINICIUS DE ASSIS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALYSSON VINICIUS DE ASSIS	

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) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
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 CNEB	
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-Fase	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			14/08/2021		X Alysson
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			14/08/2021		X Alysson
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			14/08/2021		X Alysson
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			14/08/2021		X Alysson
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/08/21	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 56,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/21 X Alysson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/08/21	54-Data, local e Carimbo da Empresa Radiologista CRO 16130
--	--	---	---	--

Maria Cristina Franco de Freitas



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

661341
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/08/21	4-Data de Autorização 16/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8940851	7-Data Validade da Senha 14/11/21															
Dados do Beneficiário																				
8-Número da Carteira 00202541002400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																
13-Nome ALYSSON VINICIUS DE ASSIS		14-Telefone 19/07/1990	15-Nome do titular do plano ALYSSON VINICIUS DE ASSIS																	
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 CRD 16130	19-UF MG	20-Código CBO 6 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4982288600	22-Nome do Contratado Exsistente MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRD 16130	24-UF MG	25-Código CNEB																
26-Nome do Profissional Exsistente MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número no CRD 16130	28-UF MG	29-Código CBO 6																
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-Aui	40-Data de Realização	41-Molho de Gesso	42-Assinatura								
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			14/08/21		X Alysson								
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 / /													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/21 X Alysson		53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/08/21		54-Data, local e Assinatura do Radiologista Radiologista CRD 661341	

PEDIDO DE RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Encaminho (a) Alysson Vinicius de Assis

Pelo convênio Dental Uni

Para radiografia periapical dente 26,36,46,17,16, para a avaliação de canais e cáries. 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: 14/08/2021