



404099
INTERCÂM

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994283	7-Data Validade da Senha 22/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532272400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NEIDE APARECIDA DA SILVA		14-Telefone 20/05/1970	15-Nome do titular do plano NEIDE APARECIDA DA SILVA	

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 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
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	29/10/20	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/10/20	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 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.

49-Observação

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRO 16130

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20
---	---	---	---

PACIENTE:

Geide Ag. do Silva

Data Nascimento 20/05/70 Fone(s) 9-9659-9042

Endereço Rua Luiz Vieira Tarau 839

Cidade Uberlândia CEP 38405-260

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: Segunda à Sexta das 8:00 às 18:00h.

Sábado das 8:00 às 12:00h

Solicitamos a marcação de horário para atendimento, como também avisar com antecedência caso não seja possível comparecer no horário marcado.

As radiografias que não forem retiradas no prazo de 6 meses, serão desprezadas.
(Pagamento no ato do exame)



RC
RADIOCENTER
RADIOLOGIA DIGITAL

Av. Rio Branco, 463 - Centro
CEP 38400-056 - Uberlândia - MG

(34) 3254-9338 / 99869-0202

e-mail: radiocenterudi@hotmail.com

EXAME SOLICITADO POR:

DR.(A)

Antônio Aguiar F. Neto

END.

FONE _____ DATA ____/____/____

- ☐ LEVANTAMENTO PERIAPICAL
☐ DENTE(S) ASSINALADO(S)

☐ 1	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	☐ 2
D			E
☐ 4	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	☐ 3
☐ 5	5 4 3 2 1	1 2 3 4 5	☐ 6
D			E
☐ 8	5 4 3 2 1	1 2 3 4 5	☐ 7

- ☐ RX. INTERPROXIMAL ☐ PRÊMOLARES
☐ MOLARES

- ☐ RX. OCLUSAL
☐ MAXILA

- ☐ MANDÍBULA

- ☐ TOTAL
☐ REGIÃO _____
☐ TOTAL
☐ REGIÃO _____

- ☐ TÉCNICA DE LOCALIZAÇÃO _____
☒ PANORÂMICA DIGITAL
☐ PANORÂMICA COM TRAÇADO P/ IMPLANTE ☐ EM OCLUSÃO
☐ SEM OCLUSÃO

- ☐ TELERRADIOGRAFIAS _____

- ☐ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

Região e motivo: _____

OBS.: