

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1032095  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/06/2022 | 4-Data de Autorização<br>23/06/2022 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>10047648 | 7-Data Validade da Senha<br>21/09/2022 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

|                                             |  |                                |  |                                                       |  |                                     |  |                                       |  |
|---------------------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                       |  | 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 |  |
| 8-Número da Carteira<br>0020254565390000101 |  |                                |  |                                                       |  |                                     |  |                                       |  |
| 13-Nome<br>CRISTIANA MARTA BORGES           |  | 14-Telefone<br>13/03/1974      |  | 15-Nome do titular do plano<br>CRISTIANA MARTA BORGES |  |                                     |  |                                       |  |

|                                                       |  |                                                                         |  |                                                                                             |  |                           |  |                           |  |                                                                        |  |                           |  |
|-------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento       |  | 16-Alendimento e 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  |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>34125998000172 |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E |  | 23-Número no CRO<br>16130                                                                   |  | 24-UF<br>MG               |  | 25-Código CNES<br>0404926 |  | 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           |  |
|                                                       |  |                                                                         |  |                                                                                             |  |                           |  |                           |  |                                                                        |  | 29-Código CBO S           |  |

| 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      | 23/06/2022            |                    | CRISTIANA     |
| 2         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RIS             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/2022            |                    | CRISTIANA     |
| 3         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RCSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/2022            |                    | CRISTIANA     |
| 4         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/2022            |                    | CRISTIANA     |
| 5         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>23/06/23 | 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>120,00 | 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 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/06/22 Cristiana | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>23/06/22 |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Maria Cristina Franco Freitas  
Radiologista  
CRO 16130

## PEDIDO

Encaminhado paciente: Cristiana Marta Borges

Convênio: Dental Uni

Solicito radiografia panorâmica para avaliação de exodontias. E radiografia periapical dos dentes 22,23,24,25 para avaliação de prótese.

Phamela Cristina Bernardes Naves  
Cirurgiã Dentista  
CRO/MG: 44060



---

*Dra. Phamela Cristina Bernardes Naves*

**CRO/MG 44060**

COE- Centro Odontológico e Estética  
Rua Coronel Antônio Alves Pereira, N799 Telefone: 3210-3802  
Data: 23/06/2022