



631885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/21	4-Data de Autorização 28/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8851644	7-Data Validade da Senha 21/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020254013830000101				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DAYANA FRANCO QUEIROZ			
13-Nome DAYANA FRANCO QUEIROZ 10/07/1985									

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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	
16-Atendimento a RN N		22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		23-Número no CRO 16130		24-UF MG		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4982288800				27-Número no CRO 16130		28-UF MG		26-Código CBO S			
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS											

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 (2-A)
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	28/07/2021	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/07/21	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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 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 28/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/07/21
---	--	---	---

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRO 16130



ENCAMINHAMENTO – RAIO-X

Encaminho;

O(a) paciente Dayana Franco Queiroz ao centro radiológico para tirar raio-x panorâmica para avaliar os 3º molares, e um raio-x periapical serie completa para avaliar múltiplas infiltrações.


Dra. Caroline Moraes de Freitas
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 48603

Uberlândia 22/07/2021