



628523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/21	4-Data de Autorização 23/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8842028	7-Data Validade da Senha 19/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253974580000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PRISCILA APARECIDA COSTA BENTO DA SILVA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano PRISCILA APARECIDA COSTA BENTO 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 na CRO 16130		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4982288600		22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		23-Número na CRO 16130		24-UF MG		25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número na CRO 16130		28-UF MG		29-Código CBO S						

30-Tabeta	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
1-0081000294		LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	23/07/2021		Priscila
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/07/21	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 222,00	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 23/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 23/07/21 Priscila	53-Data, local e Assinatura da Empresa 23/07/21 Maria Cristina Franco de Freitas Radiologista CRO 16130
---	--	--	--

Montagem de dentes:

→ feito com radiografias (montamento
maxilar, maxilar e inferior), após o tratamento
odontológico.

- Recibo fornecido logo após a jil
002 025 397458 0000101


Dr. Gabriela Machado
Clínico Geral
CRO-MG 56.376

21/07/2021