



480478
INTERCÂMBIO

1-ANS 14	3-Data de Emissão da Guia 19/02/21	4-Data de Autorização 19/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8310492	7-Data Validade da Senha 20/05/21
-------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Beneficiário ANA SIMPLICIO MACHADO		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Data de Nascimento 13/07/1993		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RENATO MOURA PIRES DA SILVA	

Contratado Responsável pelo Tratamento Item a RN		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) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
21-Operadora / CNPJ / CPF 9822888600		22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		23-Número no CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Profissional Executante IA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número no CRO 16130		28-UF MG	29-Código CBO S		

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
081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	19/02/2021		pluciana
081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	19/02/2021		pluciana
081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	19/02/2021		pluciana
081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	19/02/2021		pluciana

43-Previsão de Término do Tratamento 19/02/21	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, 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 es ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

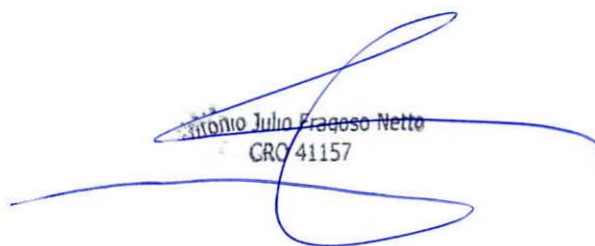
49-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 pluciana simplicio machado	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/02/21	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Maria Cristina da Franco Freitas Radiologista CRO 16130
---	---	--	--	---



Guia de Encaminhamento

Encaminho o paciente Luciana Simplício machado, para realizar raio x bite wing dos dentes 15, 25, 17, 27 para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries entre os dentes e perda óssea .

Uberlândia 18 de Fevereiro de 2021



Antonio Julio Fragozo Netto
CRO 41157

Av. Rio Branco 914– Centro – Uberlândia –MG Fone: (34)3086-1980 – (34) 99993-5009

Email:ceoluberlandia@hotmail.com