



655045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/21	4-Data de Autorização 10/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8922622	7-Data Validade da Senha 08/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 0020254054420000105									
13-Nome CRISTIANO FRANCISCO COSTA DE SOUZA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JACQUELINE ARAUJO SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16130		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E DIAGNOSTICO LTDA						Envlar - RX	
21-Código na Operadora / CNPJ / GPF 49822888600		22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		23-Número no CRO 16130		24-UF MG		25-Código CNES (I) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS				27-Número no CRO 16130		28-UF MG		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-A
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	10/08/2021	Quitar
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/21	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 10/08/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/21	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRO 16130

Francisco Costa de Souza

Selheito Radiografico Panorâmico
para o paciente Cristiano Francisco
Costa de Souza, Para avaliação
pré operatoria dos tecidos Molar
superior e inferior.

cd: Jorgianne O. F. Med

Jessyane Fortes
Cirurgiã Dentista
CROMG: 59147

Uberlândia 03/08/21