

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1016663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/22	4-Data de Autorização 10/06/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10005602	7-Data Validade da Senha 08/09/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254807550000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROBSON DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBSON 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 no CRO 16130	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34125998000172		22-Nome do Contratado Executante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E	23-Número no CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES 0404926
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS			27-Número no CRO 16130	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	14/06/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 14/06/22	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/06/22 Robson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/06/22	Rad. Registr. CRO 16130
--	--	--	---	-------------------------



Encaminhamento

Encaminho o paciente Robson da Silva, para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries e perda óssea.

Uberlândia 10 de Junho de 2022



Dr. Julio Fraquoso Netto
CRO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com