



675244
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/21	4-Data de Autorização 23/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8968766	7-Data Validade da Senha 18/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254108630000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EURYPEDES MACHADO DE OLIVEIRA NETO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EURYPEDES MACHADO DE OLIVEIRA NETO	

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 CRD 16130	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPP 49822888600	22-Nome do Contratado Exesistente MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRD 16130	24-UF MG	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Exesistente MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número no CRD 16130	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qui	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus 42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	0,00			23/08/21	X Eurypedes
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/08/21	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 UB 22200	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 23/08/21 X Eurypedes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/08/21
--	--	---	---

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRD 16130

Machado de Oliveira Neto



Encaminhamento

Encaminho paciente Eurypedes Machado de Oliveira Neto, para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal de 6 mm e perda ósseas e caries .

Uberlândia 20 de agosto de 2021


Dr. Julio Fraquoso Neto
CRO 41157

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

Email:ceoluberlandia@hotmail.com