



478095
INTERCÂMBIO

o ANS 14	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 17/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302569	7-Data Validade da Senha 18/05/21
-------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Beneficiário o da Carteira 202535122500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JONH WILLIAN DIAS
----------------------	--

Contratado Responsável pelo Tratamento Imento 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
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

o na Operadora / CNPJ / CPF 98222888600	22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
do Profissional Executante IA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número no CRO 16130	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

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	23/02/2021		Jonh
081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	23/02/2021		Jonh
081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	23/02/2021		Jonh
081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	23/02/2021		Jonh
081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	23/02/2021		Jonh

Previsão Término do Tratamento 23/02/2021	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 278,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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
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.

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/02/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/02/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------

Jonh Willian Dias

Consultório Odontológico

Dr^a Christiane Assunção da Cunha

CIRURGIÃ DENTISTA CRO 29769/MG

Solicito a realização dos seguintes exames radiográficos, com laudo, do paciente Jonh William Dias:

- ① Panorâmico radiográfico periapical;
- ② Bite wing (regiões): RMD; RME; RPD; RPE;

Para auxiliar no diagnóstico e na indicação de um tratamento adequado.

Araguari, 02 de fevereiro de 2021

Dra Christiane Assunção da
Cunha - Cirurgiã Dentista
CRO 29769-MG

Christiane 02/02/2021