



633492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/07/21	4-Data de Autorização 28/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8856505	7-Data Validade da Senha 22/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202539674000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCOS PAULO FERREIRA NUNES VIEIRA	14-Telefone 17/07/1995	15-Nome do titular do plano MARCOS PAULO FERREIRA NUNES VIEIRA
---	---------------------------	---

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	025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49822888600	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
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---

26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	27-Número no CRO 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-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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	28/07/2021	Marcos	
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	28/07/2021	Marcos	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/07/21	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 28,00	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 28/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/21 x Marcos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/07/21
---	---	--	---

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRO 16130

Paulo Ferreira Nunes Vieira

P/ Marcos Paulo Ferreira Nunes Vieira

Solicitado Rx interproximal 16/26/36/
46 para avaliação de profundidade
de cárie.

CD: Jessyanne - Q. F. M. F.

Jessyanne Fortes
Cirurgiã Dentista
CROMG: 59147