



1032391
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/06/2022	4-Data de Autorização 23/06/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10048539	7-Data Validade da Senha 21/09/22
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254909180000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARA LUCIA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARA LUCIA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e 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 Enviar - RX (I) 81000405
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	

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-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0,00		S	23/06/2022		<i>Chapman</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/06/22	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 7800	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 23/06/22 <i>Mara Lucia Silva</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/06/22
--	--	---	---

Maria Cristina Franco Freitas
Radiologista
CRO 16130

PEDIDO

Encaminhado paciente: Mara Lúcia Silva

Convênio: Dental Uni

Solicito radiografia panorâmica para avaliação de exodontias.

Phamela Cristina Bernardes Naves
Cirurgiã Dentista
CRO MG. 44060

Phamela

Dra. Phamela Cristina Bernardes Naves

CRO/MG 44060

COE- Centro Odontológico e Estética
Rua Coronel Antônio Alves Pereira, N799 Telefone: 3210-3802
Data: 23/06/2022