



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7965660	7-Data Validade da Senha 14/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532272400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome AMANDA KELLY SILVA POMONET	14-Telefone 30/05/1996	15-Nome do titular do plano NEIDE APARECIDA 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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4982288600	22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES	

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
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	20/10/20	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/20	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-part
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-----------------------------

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 tratamento. 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20 Amanda K.S. Pomonet	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/20
---	---	---	---

CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E DIAGNOSTICO LTDA
CNPJ: 08.161.360-172



Guia de Encaminhamento

Encaminho o paciente Amanda Kelly Silva Pomponete, para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries e perca óssea .

Uberlândia 16 de Outubro de 2020



Antônio Julio Fraquoso Netto
CRO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com