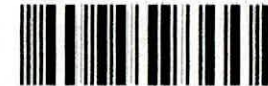




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

973055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/05/22	4-Data de Autorização 09/05/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9878025	7-Data Validade da Senha 07/08/22							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020254732090000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ANA PAULA AMERICO FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA AMERICO FERREIRA									
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								
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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	12/05/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data de Fim do Tratamento 12/05/22		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 222,00		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			53-Data, local e Carimbo de Empresa			
						12/05/22			12/05/22			
Maria Cristina Franco de Freitas Radiologista CRO 16130												



Encaminhamento

Encaminho o paciente Ana Paula Americo Ferreira, para realizar raio x periapical serie completo para avaliação de bolsa periodontal de 6mm, caries e perda óssea.

Uberlândia 05de Maio de 2022



Dr. Julio Francisco Netto
CBO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com