



647872
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/21	4-Data de Autorização 05/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8900886	7-Data Validade da Senha 02/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202540705400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA SHEILA ALVES DE OLIVEIRA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA SHEILA ALVES DE OLIVEIRA 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
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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	05/08/21	201x50cm
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/08/21	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 78,00	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 05/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/21 Maria Sheila Alves de Oliveira Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/08/21 Radiologista CRO-MG 121
---	--	--	---



Dra. Isadora Nunes
Avenida Getúlio Vargas, 275- Sala 712- Centro
CEP:38400-299 / Edifício Metropolitan Telefone: (34)99832-1255

Paciente: Maria Sheila Alves de Oliveira Silva

Data: 04/08/2021

Panorâmica

Encaminho paciente para realização de Radiografia Panorâmica para avaliação geral e para canal.

Enviar no e-mail: draisadoranunes@outlook.com

Dra. Isadora Nunes
Patronia Dentista
RO-MG-15394

04/08/2021