



619959
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/21	4-Data de Autorização 19/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8814046	7-Data Validade da Senha 12/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202539884800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VERA APARECIDA DE SOUZA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VERA APARECIDA DE SOUZA	

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 Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	19/07/2021		Vera
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	19/07/2021		Vera
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	19/07/2021		Vera
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	19/07/2021		Vera
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término de Tratamento 19/07/21	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 120,00	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 19/07/21 Vera Aparecida de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/07/21 Maria Cristina Franco de Freitas Radiologista CRO 16130
--	--	---	---



Encaminho;

O(a) paciente Vera Aparecida de Souza ao centro radiológico para realizar raio-x panorâmica para avaliar os 3º molares, e um raio-x periapical dos dentes 37, 46 e 16 para avaliar os condutos radiculares.


Dra. Caroline Moraes de Freitas
Cirurgião Dentista
CRO-MG 48603

Uberlândia 14/07/2021