



596734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2016	4-Data de Autorização 27/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8738829	7-Data Validade da Senha 22/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202538208300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA DO VALES SILVA OLEVEIRA 25/12/1983			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NATALIA DO VALES SILVA OLEVEIRA	

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
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	42-Assinatura
1-	001000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	27/07/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/07/2017	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 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 27/07/2017 NATALIA DO VALES SILVA OLEVEIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/07/2017 Maria Cristina Franco Freitas
--	--	---	---

Radiologista
CRO-66130



Centro Odontológico e Saúde
Rua Professor Innocência Rocha, 87,
Saraiva - Uberlândia - MG
38408-012
(34) 3219-8267

Panorâmica

Paciente: Natália do Vale Silva de Oliveira

Encaminhado paciente para realização de Radiografia Panorâmica para exodontia de raízes residuais.

Enviar no email: saudeodontologia5@gmail.com


Isadora Helen Rodrigues Nunes

Isadora Helen Rodrigues Nunes

23/06/2021