



618121
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/21	4-Data de Autorização 14/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8808155	7-Data Validade da Senha 11/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525425300008901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LOGCOMEX TECNOLOGIA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRENDA GABRIELLY DA SILVA CARDOSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRENDA GABRIELLY DA SILVA CARDOSO	

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) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMDS		1	14,00	0,00		S	14/07/2021		Brenda
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	14/07/2021		Brenda
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	14/07/2021		Brenda
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	14/07/2021		Brenda
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 56,00	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 14/07/21 x Brenda G.S. Cardo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/07/21
--	--	---	---

Maria Cristina Franco Freitas
Radiologista
CRO 16130



Encaminho;

O(a) paciente Brenda Gabrielly Silva ao centro radiológico para realizar raio-x periapical da região dos dentes 18,28,38,48 para avaliar o pós operatório.


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

Uberlândia 09/07/2021