

o ANS 14	3-Data de Emissão da Guia 0 8 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 0 9 / 0 2 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277443	7-Data Validade da Senha 0 9 / 0 5 / 2 1
-------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Beneficiário										INTERCOMBIO																																							
5 - da Carteira										9 - Plano										10 - Empresa										11 - Data Validade da Carteira										12 - Número do Cartão Nacional de Saúde									
2 0 2 5 3 5 1 3 4 1 0 0 0 0 1 0 1										POS REDE PRESTADORA										DENTAL UNI COOPERATIVA										/ /																			

LA RAMIRO DOS SANTOS PIRES 28/09/1990 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano DALILA RAMIRO DOS SANTOS PIRES

Contratado Responsável pelo Tratamento				
Instituto a RN	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

0 na Operadora / CNPJ / CPF 9 8 2 2 8 8 8 6 0 0	22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	---

do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
IA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	16130	MG	

Tratamiento / Procedimientos Solicitados			
--	--	--	--

[illegible]

43-Tipo de Atendimento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1-1 Tratamento Odontológico 2-2 Exame Radiológico 3-3 Ortodontia 4-4 Urgência/Emergência	1-1 Tratamento Odontológico 2-2 Exame Radiológico 3-3 Ortodontia 4-4 Urgência/Emergência	1-1 Total 2-2 Parcial	7 8 0 0	0 0 0	

1. 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 es ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

vacão

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/02/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ____/____/____	52-Data, local e Assinatura do Benefetário / Responsável 09/02/2011 * Delya Lino	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____ Carimbo: 09/02/2011
--	---	---	--



Clinica Integrada
Odonto Life

Guia de Encaminhamento

Encaminho paciente Dalila Ramiro Dos Santos Pires , para realizar raio x panorâmico para avaliação de siso e raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal de 6 mm e perda óssea e caries.

Uberlândia 05 Fevereiro de 2021


Dr. Julio Fraquoso N.
CRO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com