



639743
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/21	4-Data de Autorização 02/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8875364	7-Data Validade da Senha 27/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202540275700000101									
13-Nome AURELINA BORGES DE OLIVEIRA		18/01/1964		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano AURELINA BORGES DE OLIVEIRA			

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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49822888800		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							

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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	02/08/2021	X Aneurisma
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/08/21	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 222,00	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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/08/21 X Aneurisma		53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/08/21	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRO 16130



Encaminhamento

Encaminho paciente Aurelina Borges de Oliveira, para raio x panorâmico para avaliação de siso e raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries e perda óssea.

29 de julho de 2021



Dr. Julio Fragoso Netto
CRO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com