



600949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2016	4-Data de Autorização 20/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8752936	7-Data Validade da Senha 27/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253934030000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSANA TEODORO LEMES VICENTE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSANA TEODORO LEMES VICENTE	

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 na CRO 16130	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4982288600	22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número na CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número na 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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	20/07/2017		Rosana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/07/17	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 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 20/07/17 Rosana	53-Data, local e Assinatura da Empresa 20/07/17	54-Data, local e Assinatura do Profissional Maria Cristina Franco de Freitas Radiologista CRO 16130
--	--	--	--	--



Guia de Encaminhamento

Encaminho o paciente Rosana Teodoro Lemes , para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa de periodontal de 6 mm, caries e perda óssea.

Uberlândia 25 de junho de 2021

Dr. João Juliano Araujo Netto
CRO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com