



643870
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/08/21	4-Data de Autorização 03/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8888057	7-Data Validade da Senha 31/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 002025400470000000101									
13-Nome ERICA CRISTINA PEREIRA PINTO LUCAS				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ERICA CRISTINA PEREIRA PINTO LUCAS			
				13/04/1992					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Alendimento 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 49822888600		22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		23-Número no CRO 16130		24-UF MG		25-Código CNEB					
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	03/08/21	ERICA	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/08/21	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 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 03/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/21	Maria Cristina Franco Freitas Radiologista CRO 16130
---	--	---	---	--



Encaminhamento

Encaminho paciente Erica Cristina Pereira Pinto, para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries e perda óssea.

Uberlândia 29 de julho de 2021

Antonio Julio Francisco Netto
CRO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com