



623263
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/07/21	4-Data de Autorização 21/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8825040	7-Data Validade da Senha 14/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253996870000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome QUENIA CARINA DIAS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano QUENIA CARINA DIAS		

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- (II) 81000421- (I) 81000421-RIS (II) 81000421-RPIE	
21-Código da Operadora / GN/PJ / 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

30-Tabeta	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	RPSD		1	14,00	0,00		S	21/07/2021		Quênia
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	21/07/2021		Quênia
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	21/07/2021		Quênia
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	21/07/2021		Quênia
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/07/21	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 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 Solicitante 21/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/07/21 Quênia	53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/07/21	54-Data, local e Assinatura do Profissional 21/07/21 Quênia
---------------	--	--	--	--	--

Maria Cristina
Radiologista
CRO 16130

Solicito Rx periapical dos dentes

14, 11, 34, 46 e 47 para melhor avaliação,
pois, presente apresenta alguns elementos
com grande distorção coronária, necessi-
tando do Rx para avaliar e melhor
reabilitar a paciente.

CD: fernando A. F. Nete

Jessyane Fortes
Cirurgiã Dentista
CROMG: 59147