



415573
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão da Guia 10/11/20 | 4-Data de Autorização 11/11/20 | 5-Senha AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal 8038536 | 7-Data Validade da Senha 08/02/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 8-Número da Carteira 0020253289040000101 | 9-Plano POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde | |
| 13-Nome MONICA VIEIRA DOS SANTOS | | 14-Telefone () - | 15-Nome do titular do plano MONICA VIEIRA DOS SANTOS | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------------------|-------------|-----------------------|---|
| 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) 81000405 |
| 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 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-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1- | 0081000405 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA | | | 1 | 78,00 | 0,00 | | S | | | <i>Monica</i> |
| 2- | 0081000294 | LEVANTAMENTO | | | 1 | 22,00 | 0,00 | | S | | | <i>Monica</i> |
| 3- | | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | | | | | | |
| 7- | | | | | | | | | | | | |
| 8- | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|----------------------------|---|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/20 | 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 300,00 | 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 10/11/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20 <i>Monica Vieira dos Santos</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa CRID Centro Radiológico de Imagem e Diagnóstico Ltda CNPJ: 34.140.998/0001-72 |
|---|---|---|---|



Guia de Encaminhamento

Encaminho o paciente Monica Vieira Dos Santos, para realizar raio x panorâmico para avaliação de siso e raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries e perca óssea .

Uberlândia 26 de Outubro de 2020


Antônio Julio Fracoso Netto
CRO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com