

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1032425
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/06/22	4-Data de Autorização 23/06/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10048608	7-Data Validade da Senha 21/09/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ASSOCIACAO JARDINS ROMA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020254313090000701									
13-Nome CARLOS HUMBERTO DE OLIVEIRA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CARLOS HUMBERTO 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 34125998000172		22-Nome do Contratado Executante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E		23-Número no CRO 16130		24-UF MG		25-Código CNES 0404926					
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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	24/06/2022		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/06/22	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) 24/06/22	53-Data, local e Assinatura da Empresa 24/06/22
---	---	---	--

Maria Cristina Franco Freitas

Administradora
CBO 16130



Encaminhamento

Encaminho o paciente Carlos Humberto de Oliveira, para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal de 6mm, cáries e perda óssea.

Uberlândia 22 de Junho de 2022

Dr. Julio Fracoso Netto
CRO 41157

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

Email:ceoluberlandia@hotmail.com