



623230
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/07/2011	4-Data de Autorização 02/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8825182	7-Data Validade da Senha 14/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202538639900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDA LUZ QUEIROZ		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FERNANDA LUZ QUEIROZ			

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 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	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
1-	0081000406	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/08/2011	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/08/2011	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 78,00	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 do 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 02/08/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/08/2011		53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/08/2011	
---------------	--	---	--	--	--	---	--	---	--

Maria Cristina Franco Freitas

Radiologista

CRO 16130



Dra. Isadora Nunes
Avenida Getúlio Vargas, 275- Sala 712- Centro
CEP: 38400-299 / Edifício Metropolitan Telefone: (34) 99832-1255

Paciente: Fernanda Luz Queiroz

Data: 16/07/2021

Panorâmica

Encaminho paciente para realização de Radiografia Panorâmica para avaliação geral e de cárie.

Enviar no e-mail: draisadoranunes@outlook.com

Isadora Nunes
Cirurgia Dentista
CRO-MG 56399

16/07/2021