



611932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/21	4-Data de Autorização 13/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8787964	7-Data Validade da Senha 05/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202537138700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILEUZA MARTINS DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano EDILEUZA MARTINS DA SILVA		

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 (I) 81000421-
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	13/07/2021		Edileuza
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	13/07/2021		Edileuza
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 92,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 13/07/21 Edileuza martins da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/07/21 Maria Cristina Franco de Freitas Radiologista CRO 16130
--	--	--	--



Encaminho;

O(a) paciente Edileuza Martins da Silva ao centro radiológico para realizar raio-x panorâmica para avaliar as estrutura óssea, e uma peripical do dente 36 para avaliar tratamento endodôntico.

Dr. Caroline Moraes de Freitas
Cirurgiã Dentista
CRE-MG 13603

Uberlândia 07/07/2021

Telefones: 3214-4011 / 9 9780-3344
Rua Santos Dumont, 30 – Centro – Uberlândia MG