dontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 480476
INTERCÂMBIO

o ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
14	19/02/21	19/02/21	AUTORIZADO	8310459	20/05/21

Beneficiário

o da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
2025211185500072601	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
Rem ATO MOURA PIRES DA SILVA 22/06/1987	( ) -	RENATO MOURA PIRES DA SILVA

Contratado Responsável pelo Tratamento

imento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E DIAGNOSTICO LTDA	16130	MG	09

o na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
98228860	MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	16130	MG	

do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
IA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	16130	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE

Tratamento / Procedimentos Solicitados

a	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
	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	19/02/2021		Renato
	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	19/02/2021		Renato
	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	19/02/2021		Renato
	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	19/02/2021		Renato

Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
19/02/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	56,00	0,00	

, 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). 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 es ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

vação

Maria Cristina Franco Freitas
Radiologista
CRO-16130

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/02/21	/ /	19/02/21	19/02/21

CEOL

Guia de Encaminhamento

Encaminho o paciente Renato Moura Pires da Silva, para realizar raio x bite wing dos dentes 15, 25, 17, 27para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries entre os dentes e perca óssea .

Uberlândia 18 de Fevereiro de 2021

Antônio Julio Fragoso Netto
CRO 41157

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

Email:ceoluberlandia@hotmail.com