



596759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 6 / 2 1	4-Data de Autorização 3 0 / 0 6 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8738871	7-Data Validade da Senha 2 2 / 0 9 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 9 3 4 7 4 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO BATISTA DE CARVALHO 13/03/1983			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO BATISTA DE CARVALHO	

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 4 9 8 2 2 8 8 8 6 0 0	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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0 0 8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO			1	2 2 2 0 0	0 0 0 0		S	30/06/21		Rodrigo
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/06/21	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 2 2 2 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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	
---------------	--

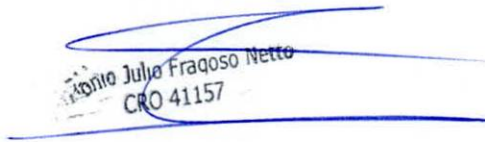
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/21 Rodrigo C. Mello	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/06/21 Rádio Registrado CRO 16131
--	--	--	--



Guia de Encaminhamento

Encaminho o paciente Rodrigo Batista de Carvalho, para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa de periodontal de 6 mm, caries e perda óssea.

Uberlândia 23 de junho de 2021


Antonio Julia Fraquoso Netto
CRO 41157

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

Email: ceoluberlandia@hotmail.com