



649696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/21	4-Data de Autorização 09/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8906565	7-Data Validade da Senha 03/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202537201400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSIANE FERREIRA DE JESUS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOSIANE FERREIRA DE JESUS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA CARVALHO SOUZA FERREIRA	18-Número no CRO 58045	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / GPF 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 09	

Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a) entrar em contato com o laboratório, através do tel: 998690202, e marcar um horário para a realização procedimentos autorizados. Endereço: Rio Branco, CENTRO, UBERLÂNDIA

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-A
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	09/08/2021		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/08/21	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 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 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 09/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/08/21 Josiane F. Jesus	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/08/21
---------------	---	---	--	---

Maria Cristina de Franco Freitas
Radiologista
CRO 16130

GIOVANNA CARVALHO SOUZA FERREIRA

Avenida Getúlio Vargas, 275

Sétimo andar, 712

(34) 9 9999-5058

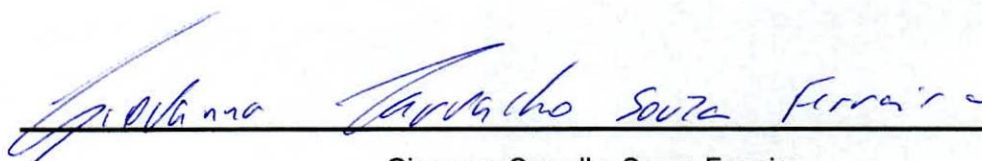
PANORÂMICA

Paciente: **JOSIANE FERREIRA DE JESUS**

Encaminho paciente para realização de radiografia panorâmica.

Já solicitei a guia: 649696

Dra. Giovanna Carvalho S. Ferreira
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 58045



Giovanna Carvalho Souza Ferreira

08/07/2021