

432913
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/12/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8111400	7-Data Validade da Senha 02/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202533835800000101				13-Nome ENILDES DA SILVA RAMOS				14-Telefone () -	
				15-Nome do titular do plano ENILDES DA SILVA RAMOS					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento e 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 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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	08/12/2020		Enildes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Início e Término do Tratamento 08/12/20	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 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 08/12/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 Enildes da Silva Ramos		53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/12/20 Radiologista CRO 16130	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--

María Cristina Franco Freitas

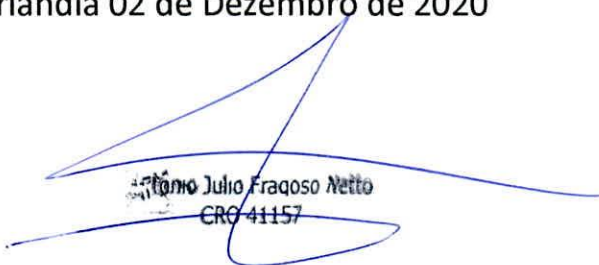
Radiologista
CRO 16130



Guia de Encaminhamento

Encaminho o paciente Enildes da Silva Ramos, para realizar raio x panorâmico para avaliação de siso e raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries e perca óssea .

Uberlândia 02 de Dezembro de 2020


Antonio Julio Fraquoso Netto
CRQ 41157

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

Email:ceoluberlandia@hotmail.com