

PEDIDO DE RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Encaminho o (a) paciente Leidyane Aparecida Borges pelo convênio da Dental Uni para realizar radiografia panorâmica para avaliação de dentes sisos. E RX periapical 15,23,24,25,36 para avaliação de cáries.

Phamela C. B. Naves

Phamela Cristina Bernardes Naves
Cirurgiã Dentista
CRO/MG 44060

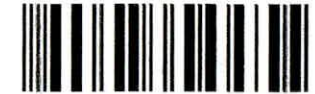
Dra. Phamela Cristina Bernardes Naves

CRO/MG 44060

COE- Centro Odontológico e Estética

Rua Coronel Antônio Alves Pereira, N799 Telefone: 3210-3802

Data: 08/07/2021



614296
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/07/21	4-Data de Autorização 09/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8795828	7-Data Validade da Senha 07/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 0020253913700000101									
13-Nome LEIDYANE APARECIDA BORGES				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LEIDYANE APARECIDA BORGES			
				08/10/1996					

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		225 - 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		Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421-RPSE			
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS				27-Número no CRO 16130		28-UF MG		29-Código CBO S		(I) 81000421- (I) 81000421-			

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	09/07/2021		xleidygme
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	09/07/2021		xleidygme
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	09/07/2021		xleidygme
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	09/07/2021		xleidygme
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	09/07/2021		xleidygme
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/07/21	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 134,00	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 09/07/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/21 xleidygme		53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/07/21	
								Maria Cristina Franco Freitas Racielly Costa CRO 16130	