

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1022251
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/06/22	4-Data de Autorização 15/06/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10022354	7-Data Validade da Senha 13/09/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025485860000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome AGMALDO RAMOS DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AGMALDO RAMOS DA SILVA		
11/01/1973					

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 3412598000172	22-Nome do Contratado Executante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E	23-Número no CRO 16130	24-UF MG	25-Código CNES 0404926	Enviar - RX (I) 81000405
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	15/06/2022		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/06/22	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 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 15/06/22		53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/06/22	
								Maria Cristina de Franco Freitas Radiologista CRO 16130	

PEDIDO

Encaminhado paciente: Agnaldo Ramos da Silva

Convênio: Dental Uni

Solicito radiografia panorâmica para avaliação de exodontias


Phamela Cristina Bernardes Naves
Cirurgã 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: 15/06/2022