



426167
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8083367	7-Data Validade da Senha 22/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527914700022201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIEL ALVES		14-Telefone 12/09/2000	15-Nome do titular do plano GABRIEL ALVES		
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 Enviar - RX (I) 81000405
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 CNEB	
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	26/11/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	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 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 26/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20
---------------	---	---	---	---

Maria Cristina Franco Freitas
Radiologista
CRO 16130

ODONTO



VILLI

Gabriel Alves

Solicito radiografia panorâmica para o paciente supracitado para avaliar o nivelamento radicular.

Uberlândia, 03 de novembro de 2020.

Assinatura

Dra. Janaisa Cristina Vilarinho

Cirurgiã Dentista

CRD-MG 42534

Dra. Janaisa Cristina Vilarinho

Cirurgiã Dentista

(34) 9 9636-2600

Av. Continental, 260 - Bairro Laranjeiras
CEP 38410-314 - Uberlândia - MG