

PEDIDO DE RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Encaminho (a) KAROLAYNNE CRISTINA BASILIO SILVA GODOI

pelo convênio Dental uni.

Para radiografia panorâmica para tratamento e diagnostico.

E periapical dos dentes 16,17 e 36 para avaliação de canais.

Phamela Cristina Bernardes Naves
Cirurgiã Dentista
CRO MG: 44060

Phamela Cristina Bernardes Naves
Cirurgiã Dentista
CRO MG: 44060

Phamela C. B. Naves

Dra. Phamela Cristina Bernardes Naves

CRO/MG 44060

COE- Centro Odontológico e Estética

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



641074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/07/21	4-Data de Autorização 30/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8879659	7-Data Validade da Senha 28/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202540597700000102		13-Nome KAROLAYNE CRISTINA BASILIO SILVA GODOI		14-Telefone () -	
15-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano ANA ELIZA BASILIO SILVA			

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	30/07/2021	X Karolayne
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	30/07/2021	X Karolayne
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	30/07/2021	X Karolayne
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/07/21	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 106,00	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 do 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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/21 X Karolayne C.B.S. Godoi		53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/07/21	
---------------	--	--	--	--	--	--	---	--

Maria Cristina Franco Freitas
Radiologista
CRO 16130