



596769
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/4/2016	4-Data de Autorização 3/0/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8738889	7-Data Validade da Senha 2/2/2019
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202539355700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FREDERICO DA SILVA LIMA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FREDERICO DA SILVA LIMA			

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 (I) 81000421- (I) 81000421-
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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	30/06/2016		Frederico
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	30/06/2016		Frederico
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	30/06/2016		Frederico
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/06/16	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 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 30/06/16 Frederico da Silva Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/06/16 Radiologista CRL 16130
---	---	---	--

PEDIDO DE RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Encaminho o (a) paciente Frederico da Silva pelo convênio da Dental Uni para realizar radiografia panorâmica para avaliação de cisos e radiografia periapical dos dentes 26 e 36 para avaliação de canais.

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: 23/06/2021