

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1009460
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2022	4-Data de Autorização 06/10/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9983988	7-Data Validade da Senha 04/09/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 0020253898960000101									
13-Nome JOSE LUIZ DA SILVA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOSE LUIZ DA SILVA			
				29/11/1968					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16130		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E DIAGNOSTICO LTDA							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34125998000172		22-Nome do Contratado Executante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E		23-Número no CRO 16130		24-UF MG		25-Código CNES 0404926	
								(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-Tabella	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	06/06/2022		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/06/22	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 06/06/22 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/06/22
--	--	---	---

Maria Cristina Franco Freitas
Radiologista
CRO 16130



Encaminhamento

Encaminho paciente Jose Luiz Da Silva , para realizar e raio x panorâmica boca semi aberta para avaliação de siso .

Uberlândia 03 Junho de 2022

Dr. Julio Fraquoso Netto
CRO 41157

Av. Rio Branco 914- Centro - Uberlândia -MG Fone: (34)3086-1980 - (34) 99993-5009

Email: ceoluberlandia@hotmail.com