



373813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/20	4-Data de Autorização 11/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7863958	7-Data Validade da Senha 10/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529881900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA RADIOLOGICA SAFE CARNEIRO	18-Número no CRO 7870	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22485970106	22-Nome do Contratado Executante TANIA CARNEIRO MAFRA	23-Número no CRO 7870	24-UF DF	25-Código CNES 5517680	Enviar - RX (I) 81000421-
--	--	--------------------------	-------------	---------------------------	------------------------------

26-Nome do Profissional Executante TANIA CARNEIRO MAFRA	27-Número no CRO 7870	28-UF DF	29-Código CBO S 2232-60
--	--------------------------	-------------	----------------------------

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	5,60		S	15/09/20		Tânia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/09/20	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 14,00	47-Valor Total R\$ 5,60	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	Tânia Carneiro Mafra CRO-DF 7870 - IE 3056 Radiologista	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/20 Tânia Carneiro Mafra CRO-DF 7870 - IE 3056 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/20 Thays	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

CLÍNICA DINIZ

QNC 01 AE 23 Lotes 1/12 Torre B Salas 501/502 Taguatinga – DF

993165252
Dv-14112187

GTO-373813



CLÍNICA DINIZ

29506

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

Solicito para Paciente Thays de Sousa Lima Braga as seguintes radiografias:

- Periapical dente 37 para avaliação endodôntica e protética.

Conselho
Técnico(a) em Saúde
Bucal

Convênio: Dental Uni

Dr. Pedro Diniz
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral
CRO 11627


Pedro França Diniz
CRO – 11627

Brasília, 08 de Setembro de 2020

Entregar RX no endereço: QNC 01 AE 23 Lote 1/12 Setor C Norte Torre B Sala 501/502 Ed. PRIME Excelência Médica. (ao lado do hospital Anchieta).

Enviar laudo e RX no seguinte e-mail: pedroclinicadiniz@gmail.com 

Telefone: (61) 3033-7950 e (61) 99558-4041

Instagram: <https://www.instagram.com/clinicadiniz/>

Face Book: <https://www.facebook.com/Cl%C3%ADnica-Diniz-998065283545636/>

Site: www.clinicadiniz.com.br