



628569
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2021	4-Data de Autorização 22/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8842171	7-Data Validade da Senha 19/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BATUTA REPRESENTACOES LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253828460000103		13-Nome DOUGLAS LUIS SALIS TOFFOLI		14-Telefone () 3223-0400	15-Nome do titular do plano AMARILDO TOFFOLI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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
16-Atendimento a RN N	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-Tabeta	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	22/07/2021		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/07/21	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 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 22/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/07/21
---	--	---	--

Maria Cristina Franco de Freitas
Radiologista
CRO 16130



Guia de Encaminhamento

Encaminho paciente Douglas Luis Salis Toffoli, para realizar raio x panorâmico para avaliação de siso e raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries e perda óssea.

Uberlândia 21 de julho de 2021


Jônio Julio Fragoso Neto
CRO 41157

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

Email:ceoluberlandia@hotmail.com