



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



663740

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/21	4-Data de Autorização 18/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8947821	7-Data Validade da Senha 15/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535076900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WARTENCIL TORQUETTE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TACIANO GONCALVES TORQUETTE		
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 CRD 16130	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4982288600		22-Nome do Contratado Existente MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRD 16130	24-UF MG	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Existente MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número no CRD 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-Fase	35-Qtd
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1
2					22200
3					000
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
				18/08/2021	
43-Data de Término do Tratamento 18/08/21	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 UB 22200	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 18/08/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/08/21	

Wartencil Torquette

Maria Cristina
Radiologista
CRO 16131



Encaminhamento

Encaminho paciente Wartencil Torquette , para realizar raio x periapical serie completa para avaliação de bolsa periodontal 6mm, caries e perda óssea.

Uberlândia 16 de agosto de 2021


Juliano Fagundes Netto
CRO 41157

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

Email:ceoluberlandia@hotmail.com