



1510165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/06/23	4-Data de Autorização 30/06/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11385406	7-Data Validade da Senha 26/09/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202501561300278601	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa MILI SA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIO CESAR CALDEIRA DE MAGALHAES	14-Telefone () -
15-Nome do titular do plano JULIO CESAR CALDEIRA DE MAGALHAES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL X IMAGENS
18-Número no CRO 2343	19-UF MS
20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8917834000178
22-Nome do Contratado Executante DIGITAL X IMAGENS EIRELI - ME	23-Número no CRO 2343
24-UF MS	25-Código CNES 6300065
26-Nome do Profissional Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA	27-Número no CRO 2343
28-UF MS	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 28/06/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/06/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa Monica Cristina Tosi Rosa Digital X Imagens CNPJ: 08.917.934/0001-78
---------------	---	---	---	---

Mirela Nossa

CIRURGIÃ - DENTISTA

RECEITUÁRIO

Julio Cesar Caldeira de Magalhães
Solicitó RX panorâmico para fim
diagnóstico do tratamento odontológico
e odontia do 18.

Mirela Nossa
Dra. Mirela de Souza Nossa
Cirurgiã Dentista
CRO - MS 7613

28/06/23

C. Grandi/MS