

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



463967
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 30/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8242725	7-Data Validade da Senha 27/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533431000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANGELINA ALVES DA COSTA DA ROCHA		14-Telefone 10/07/1968	15-Nome do titular do plano ANGELINA ALVES DA COSTA DA ROCHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO S	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 66263107120	22-Nome do Contratado Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA	23-Número no CRO 2343	24-UF MS	25-Código CNES 6300065	Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (67) 30292051, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Treze De Junho, 499, CENTRO, CAMPO
26-Nome do Profissional Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA		27-Número no CRO 2343	28-UF MS	29-Código CBO S 09	

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			05/02/21		Angela
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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ 08.917.834/0001-78

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ 08.917.834/0001-78



SOLICITAÇÃO

Solicito a realização de radiografia panorâmica (código 81000405) para a paciente Angelina Alves da Costa da Rocha com finalidade cirúrgica. (Exodontia raízes residuais).

Compo Grande,

01/02/2021


Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgia-dentista

Ana Paula Giuntini de Azevedo
CRO MS-6043

CRO MS-6043