



389047
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/10/20 4-Data de Autorização 05/10/20 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7930517 7-Data Validade da Senha 01/01/21

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00202532166500000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ALESSANDRA DE SOUZA ORTIZ 14-Telefone 25/04/1973 15-Nome do titular do plano ALESSANDRA DE SOUZA ORTIZ

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 da Operadora / CNPJ / CPF 66263107120 22-Nome do Contratado Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA 23-Número no CRO 2343 24-UF MS 25-Código CNES 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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		S	28/11/20		
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



+55 67 9227-2096

24/09/2020 às 08:24





+55 67 9227-2096

24/09/2020 às 08:26



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALEXSANDRA DE SOUZA ORTIZ

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA/F

681789

SSP

MS

CPF

608.467.471-20

DATA NASCIMENTO

25/04/1973

FILIAÇÃO

WILIAN ORTIZ

MARIA DO PERPETUO S DE
SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB

B

Nº REGISTRO

04373477305

VALIDADE

24/04/2023

1ª HABILITAÇÃO

03/06/2008

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO.

Alexsandra Ortiz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CAMPO GRANDE, MS

DATA DE EMISSÃO

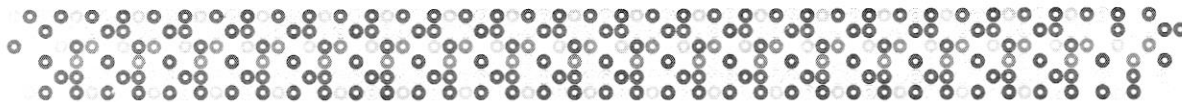
25/04/2018

ROBERTO HASSIDORA SOLEZ
DIRETOR-PRESIDENTE

52158976451
MS837904340

ASSINATURA DO EMISSOR

MATO GROSSO DO SUL



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicitamos a realização do exame Panorâmico.
Para fins de Avaliação clínica dos arcados dentários.
Do (a) paciente Alessandra de Souza Jotz.
Convênio Dental Unim.

Campo Grande MS, 25 de setembro de 20 20

Dr^a Eduarda de Lima G. Belem
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO - MS 6093

34.042.456/0001-36
CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL LTDA
RUA OCEANO ATLÂNTICO Nº 282
CHÁCARA CACHOEIRA - CEP: 79.040-020
CAMPO GRANDE - MS

CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL – HUB ODONTO

