



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



59150100 58.504950

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/11 12/12/01	4-Data de Autorização 11/7/11 12/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8140044	7-Data Validade da Senha 11/2/10 3/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 000202152122680000000000902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SAO GABRIEL TRANSPORTES	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CAROLINA RIBEIRO RODRIGUES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LAIS SILVA RIBEIRO		

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL X IMAGENS	18-Numero no CRO 2343	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-Numero no CRO 2343	24-UF MS	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA	27-Numero no CRO 2343	28-UF MS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 1-0081000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 7	36-Quantidade US 800	37-Valor 0,00	38-Franchise/Co-participação R\$ 51,90	39-Aut. 9/12/2012	40-Data de Realização 9/12/2012	41-Motivo da Cliea S1	42-Assinatura Paula
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

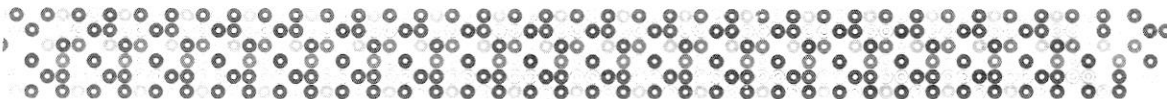
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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 (s) procedimento(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 11/1/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/1/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/1/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/12/12
--	--	--	--

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ: 06.677.834/0001-71
Paula Ribeiro
11/12/2012



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicitamos a realização do exame Rx panorâmico
Para fins de avaliação clínica de placa dentária
Do (a) paciente Ana Carolina R. Rodrigues
Convênio Dental Uni

Campo Grande MS, 09 de Dezembro de 2020


Suelen Cé
Odontologista-Dentista
RO/MS 7179

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

