

103638

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-Nº



**400349**  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10J/20	4-Data de Autorização 12/7/10J/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7976828	7-Data Validade da Senha 18/01/21
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0020253226880000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARLI APARECIDA RAMIRES AGUEROS		14-Telefone 22/09/1965	15-Nome do titular do plano MARLI APARECIDA RAMIRES AGUEROS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a 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 -	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
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	
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		S	03/14/20		<i>[Assinatura]</i>
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 03/13/20 Ana Paula Giuntini de Azevedo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/13/20 Marli Aparecida Ramires Agueros	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 03/13/20 Monica Cristina Tosi Rosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/13/20
---	---	---	---

**Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo**  
Cirurgiã-dentista  
CRO-MS 6043

CNPJ: 08.917.834/0001-78



## SOLICITAÇÃO

Solicito a realização de radiografia panorâmica (código 81000405) para a paciente Marli Aparecida Ramires Agueros com finalidade cirúrgica.

Campo Grande,  
27/10/2020

  
Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo  
Cirurgiã-dentista  
CRO-MS 6043

Ana Paula Giuntini de Azevedo

CRO MS-6043