



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



105783

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/8/10 1/1/2 1 4-Data de Autorização 13/0/10 1/1/2 1 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8244752 7-Data Validade da Sentia 12/8/10 4/1/2 1

464428
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10 0 2 0 1 2 5 3 4 7 7 8 2 0 0 0 0 1 0 1 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIELA CALACHEQUE MARQUES 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano DANIELA CALACHEQUE MARQUES 02/09/1986

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL X IMAGENS 18-Número no CRO 2343 19-UF MS 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16 6 2 6 3 1 0 7 1 2 0 22-Nome do Contratado Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA 23-Número no CRO 2343 24-UF MS 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 26-Nome do Profissional Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA 27-Número no CRO 2343 28-UF MS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Adi	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7 8 1 0 0	0 1 0 0			12/08/2010	Sintoma	Daniel Calacheque Marques
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		7 8 1 0 0	0 1 0 0							

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 08.947.324/0001-78



Policlínica

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

ENCAMINHAMENTO ODONTOLÓGICO

Encaminho o paciente: Elmirla Colacheque Marques

Para realização dos seguintes exames:



PANORÂMICA 1:1



PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO,
FOTOS E PASTA COM FORMULÁRIOS

Dr. Rogério Peres Lopes
CRO-MS 1961
CPF 117.210.638-03
Av. Júlio de Castilho, 3127 Sala 2
Jd. Ima CEP: 79102-000
Campo Grande-MS

Dr. Rogério Peres Lopes
CRO-MS 1961
CPF 117.210.638-03

Campo Grande, 22 de janeiro de 2021.

Av. Júlio de Castilho, 3127 – Jardim Ima, Campo Grande – MS, 79102-000