


413406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Código de Empresa da Guia 103875 06/11/20	3-Data de Autenticação 10/11/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8029599	6-Código Validador da Guia 04/02/21
7-Endereço do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		9-Empresa GERSP GREMIO ESPORTIVO	10-Data Validade da Carteira
11-Número da Carteira 0020252452000051303		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome KAUA SILVA CHARAO	
14-Telefone 02/11/2009		15-Endereço do titular do plano RONALDO BARBOSA CHARAO		16-Data de Nascimento do titular do plano	
17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Endereço do Profissional Solicitante DIGITAL X IMAGENS		19-Número no CRO 2343	
20-Código na Operadora / CNPJ / CFP 66263107120		21-Nome do Contratado Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA		22-Número no CRO 2343	
23-Nome do Profissional Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA		24-UF MS		25-Código CBO S 09	
26-UF MS		27-Código CNES		28-UF MS	
29-Código CBO S		30-UF MS		31-Código CBO S	

32-Item	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	0	10/11/20		
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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
			14,00	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 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-Descrição	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/20
--------------	---	---	---	--

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ: 08.912.834/0001-76



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicitamos a realização do exame Radiografia Periapical
Para fins de Avaliação interna do dente para encerrar o diagnóstico
Do (a) paciente Kauã Silva Chorrão
Convênio Dental Plus

Campo Grande MS, 29 de Outubro de 2020

Mirela de R. Oliveira

Clínica - Geral
Odontopediatra
CRM-MS/6641

12.456/0001-38
CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL - HUB ODONTO
CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL LTDA

RUA OCEANO ATLÂNTICO Nº 282
MACARA CACHOEIRA - CEP: 79.040-020
CAMPO GRANDE — MS

