

413358
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2012	4-Data de Autorização 06/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8029443	7-Data Validade da Senha 04/02/2012						
8-Número da Carteira 00202521694500056001						9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome EMERSON FIDELES DE SOUZA				14-Telefone 12/12/1984		15-Nome do titular do plano EMERSON FIDELES DE SOUZA					
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 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		
26-Nome do Profissional Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA						27-Número no CRO 2343		28-UF MS	29-Código CBO S		

Faturar Empresa
Enviar - RX
81000408

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			06/11/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

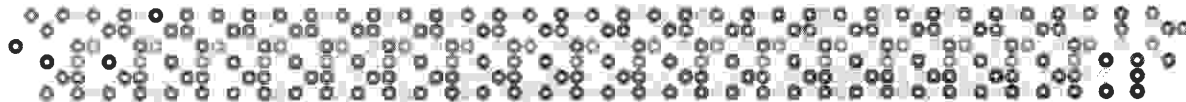
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------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

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 06/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/2012
---	---	---	---

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ: 08.917.834/0001-76



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicitamos a realização do exame Panorâmica
Para fins de Avaliação Odontológica
Do (a) paciente Amerson F. de Souza
Convênio Dental Uni

Campo Grande MS, 13 de Novembro de 2020

Maisa Suelen Cé
Cirurgiã-Dentista
CRO/MS 7179

CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL – HUB ODONTO

