



385186
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2019	4-Data de Autorização 03/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924476	7-Data Validade de Senha 27/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531873800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELDENIR DE SOUZA SANTANA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELDENIR DE SOUZA SANTANA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 08	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
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 CBO S	
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			8/11/2019		
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-Tipo 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.

Assinaturas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2019 ELDENIR DE SOUZA SANTANA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2019
---	---	--	---

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ: 08.917.834/0001-75



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicitamos a realização do exame Raio X Panorâmico

Para fins de avaliação clínica dos Sisos, possível fratura no dente 23 e avaliar o implante dente 25.

Paciente Eldenir de Souza Santana

Convênio Odontolife Dental Uni

Campo Grande MS, 01 de outubro de 2020.


Dra. Patricia Jorge Bispo
Responsável Técnica
CRO/MS 6070
CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL LTDA
CNPJ: 34.042.456/0001-36
EPAO 656

CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL – HUB ODONTO

