



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

389112
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2010	4-Data de Autuação 14/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7930704	7-Data Validade da Senha 01/01/21
8-Número da Carteira 002025307100000000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome SUELY PEREIRA DOS SANTOS		14-Telefone 09/02/1984		15-Nome do titular do plano SUELY PEREIRA DOS SANTOS	
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-UF MS	
27-Número no CRO 2343		28-UF MS		29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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 (se houver)
1-	006170	DOCUMENTAÇÃO			1	313,00	0,00			27/10/20	
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 US 313,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Taxa 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 Contratado-Executante

51-Data, local e Assinatura do Contratado-Executante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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



Valéria Gonçalves Albieri Matt

608.212.801-04

Acesso Vinte e Cinco de Dezembro - de 1031/1032 ao fim.

1092 SALA 10 Monte Castelo

79010-220 Campo Grande - MS

Fone (67) 3305-1025

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Paciente

SUELY PEREIRA DOS SANTOS

CPF 001.896.401-03 RG 1234389

09/fev (36 anos 8 meses 19 dias)

EXAMES

ADOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA

RECOMENDAÇÕES

Necessito de uma documentação ortodôntica completa contendo:

- Rx panorâmico MAX. MAND.
- Telerradiografia de norma lateral, com traçado computadorizado, análise USP.
- 8 fotos (perfil frontal, perfil lateral, intraoral frontal, intraoral lateral direita, intraoral lateral esquerda, oclusal superior, oclusal inferior)
- Modelo de estudo ESCANEADO com análise para diagnóstico ortodôntico.
- OBS: DIGITALIZADA.

Com finalidade para tratamento ortodôntico.

Valéria G. A. Mattos
Ortodontista
CROSP 59240 / CROMS 40011

Campo Grande, quinta-feira, 29 de outubro de 2020

VALÉRIA GONÇALVES ALBIERI MATTOS - CRO-SP 59240

Ortodontia

Valéria Gonçalves Albieri Matt

608.212.801-04

Resp. Técnico: Valéria Gonçalves Albieri Mattos - CRO-SP 59240

Autenticação

058CE93F-40CC-4849-8E83-4BDB147485C7

Emitido por Aline Martins da Mat através da plataforma **ControleODONTO** em 29/10/2020 17:33:07 — <https://aplicativo.net>