



421539  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>18/11/20 | 4-Data de Autorização<br>26/11/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8063959 | 7-Data Validade da Senha<br>16/02/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                      |                                                           |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020253261190000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>WASHINGTON FERREIRA MENDES       |                                | 14-Telefone<br>24/04/1970            | 15-Nome do titular do plano<br>WASHINGTON FERREIRA MENDES |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                                      |                                                               |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO | 18-Número no CRO<br>6043                                      | 19-UF<br>MS              | 20-Código CBO S<br>025 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>66263107120              |                                                                      | 22-Nome do Contratado Executante<br>MONICA CRISTINA TOSI ROSA | 23-Número no CRO<br>2343 | 24-UF<br>MS              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MONICA CRISTINA TOSI ROSA |                                                                      | 27-Número no CRO<br>2343                                      | 28-UF<br>MS              | 29-Código CBO S<br>09    |

Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (67) 30292051, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Treze De Junho, 499, CENTRO, CAMPO

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 da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                    |               |
| 2         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 3         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 4         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 5         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 6         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 7         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 8         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 9         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 10        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 11        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 12        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 13        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 14        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 15        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Assinatura do Profissional de Saúde |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

Monica Cristina Tosi Rosa  
Digital X Imagens  
CNPJ: 08.917.834/0001-7



## SOLICITAÇÃO

Solicito a realização de radiografia panorâmica (código 81000405) para o paciente Washington Ferreira Mendes para avaliação das raízes residuais.

Compro Grande,

26/11/2020

  
Ana Paula Giuntini de Azevedo  
CRO MS-6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo  
Cirurgiã-dentista  
CRO-MS 6043