



344786
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/20	4-Data de Autorização 25/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7731516	7-Data Validade da Senha 21/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202527914700023902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NIKOLAS LIMA BRITO	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano CRISTIANE DA SILVA LIMA
-------------------------------	------------------------	--

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 09	025 - Faturar Empresa
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		

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
1-00	345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00			08/07/20		
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 381,00	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 28/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/07/20
---------------	---	---	--	---

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ: 08.917.834/0001-78

Isabella Fernandes F. R. dos Santos
Ortodontia e Ortopedia Facial
CRO 3369 MS

Solicito por Nikolas Lima Brito documentação odontológica
completa.

Radiografia panorâmica

Tele radiografia bifil traçado

ca

modelos estudo

USP

Nickel

me ramos

fotos extra e intra orais

Do fim tratamento ortodontico

Campo Grande 30-6-2022

Isabella Fernandes F. R. Santos
Ortodontia e ortopedia Facial
CRO/MS 3369

Rua Helio Yoshiaki, n 34 Bairro Royal Park

Edifício Evidence, sala 705

Campo Grande/MS 67.3028-1881/ 9 9912-0124

