



423679
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 20/11/20 4-Data de Autorização 23/11/20 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8072928 7-Data Validade da Senha 18/02/21

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202533580700000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAIS COSTA VIEIRA 10/10/1993 14-Telefone 15-Nome do titular do plano THAIS COSTA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO 18-Número no CRO 6043 19-UF MS 20-Código CBO S 025 -
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 6300065
26-Nome do Profissional Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA 27-Número no CRO 2343 28-UF MS 29-Código CBO S 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

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			Thais
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

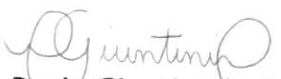
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20 Ana Paula Giuntini de Azevedo 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Thais Costa Vieira 53-Data, local e Carimbo da Empresa



SOLICITAÇÃO

Solicito a realização de radiografia panorâmica (código 81000405) para a paciente Thaís Costa Vieira para avaliação dos terceiros molares.

Campe Grande,
23/11/2020


Ana Paula Giuntini de Azevedo

CRO MS-6043

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

Rua 25 de Dezembro, 1350 Sala 22 | 67 9921-28420 | contato@anapaulagiuntini.com.br