



439787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/2011	4-Data de Autorização 11/12/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8140459	7-Data Validade da Senha 11/12/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00201252122680000901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SAO GABRIEL TRANSPORTES	11-Data Validade da Carteira 11/12/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LAIS SILVA RIBEIRO	02/03/1987	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LAIS SILVA RIBEIRO
-------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL X IMAGENS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 616263107120	22-Nome do Contratado Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA	18-Número no CRO 2343	19-UF MS	20-Código CBO S 025 -	24-UF MS	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
---	---	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	---

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										38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor							
1-008100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00					5/12/2011		2020/4/11
2-1														
3-1														
4-1														
5-1														
6-1														
7-1														
8-1														
9-1														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/12/11	44-Tipo de Abandono 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\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/11	53-Data, local e Caminho da Empresa 11/12/11
---	---	---	---

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ: 08.917.834/0001-71

591152100 36: 504953



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicitamos a realização do exame Rc panoramico
Para fins de Avaliação para os risos
Do (a) paciente Wass Silva Ribeiro
Convênio Dental Uni

Campo Grande MS, 09 de Dezembro de 20 20


Ivaila Suelen Cé
Cirurgiã-Dentista
CRO/MS 7179

CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL – HUB ODONTO

34.042.456/0001-36⁷
CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL LTDA

RUA OCEANO ATLÂNTICO Nº 282
CHACARA CACHOEIRA - CEP: 79.040-020
CAMPO GRANDE — MS

