

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



389053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/10/20 4-Data de Autorização 05/10/20 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7930531 7-Data Validade da Senha 01/01/21

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202531901700000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA BEATRIZ NAVARRO DE CARVALHO 14-Telefone 28/02/2008 15-Nome do titular do plano RAFAELA NAVARRO DE CARVALHO DIAS

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 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 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

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 Cbose	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/10/20		Rafaela Navarro
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 20/10/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/20 Rafaela Navarro 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/20

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



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicitamos a realização do exame Raio X Panorâmico

Para fins de avaliação clínica do dente 36 e avaliação ortodôntica.

Paciente Ana Beatriz Navarro

Convênio Odontolife Dental Uni

Campo Grande MS, 01 de outubro de 2020.


Dra. Patricia Jorge Bispo
Responsável Técnica
CRO/MS 6070

CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL LTDA
CNPJ: 34.042.456/0001-36
EPAO 656

CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL – HUB ODONTO

