

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359700
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7800257	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530111600000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELA ESPINDOLA LEIRIA TEODORO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDINEY DE OLIVEIRA MACHADO	

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 Enviar - RX (1) 81000405
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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/08/20		<i>Isabela</i>
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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20 <i>Isabela Espindola</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/08/20
--	--	--	---

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



Dra. Talita de Rocco

Cirurgiã-Dentista | CRO-MS 5864

Em companhia o paciente Isabela Espindola
Louze Tredens para realização do radiografias
panoramica, por motivo de extração que o
paciente está com dor.

Dr^a Talita de Rocco
Cirurgiã Dentista
CRO-MS 5864

Talita de Rocco

Campos Grandes
1910812

📍 Av. Tiradentes, 727 - Taveirópolis - Campo Grande - MS

☎ (67) 3331-8492 | 📞 (67) 99321-4089 | ✉ tali.rocco@hotmail.com