



374775
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	4-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 07/10/20	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7868316	7-Data Validade de Senha 13/12/20
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202531770300000101	10-Empresa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CRELIA SOUZA LIMA		14-Terminar 25/05/1973	15-Nome do titular do plano CRELIA SOUZA 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 (1) 81000405	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA		27-Número no CRO 2343	28-UF MS	29-Código CBO S	

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 Oflsa	42-Assinatura
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			18/10/20		<i>[Assinatura]</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-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-Observações			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 08/10/20	53-Data, local e Assinatura do Engenheiro 08/10/20

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ: 08.918.834/0001-76

07 - 09222 - 16 85

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicitamos a realização do exame

Chamada

Para fins de

Análise Clínica

Do (a) paciente

Creliana Souza Lima

Convênio

Dental Uni

Campo Grande MS,

14 de

Setembro de 20

20

34.042.456/0001-36

CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL LTDA

RUA OCEANO ATLÂNTICO Nº 282

CHÁCARA CACHOEIRA - CEP: 79.040-020

CAMPO GRANDE

MS

[Handwritten signature and stamp]

CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL - HUB ODONTO

DENTALUNI
PLANOS ODONTOLÓGICOS

002.025.317703.000001.01

CRELIA SOUZA LIMA

Data Nasc.: 25/05/1973

Reg. ANS: 484629190

Contr.: INDIVIDUAL

CNS: 705002060834754

Plano: DENTAL FLEX

Abrangência: NACIONAL

Mod.: PRE-PAGAMENTO

Cachoeira - Cep: 79040-020 - Campo Grande / MS.
320 / 99960-5777

944720

29/09/20