



467085  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                                                      |                                      |                                                         |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/02/21                                | 4-Data de Autorização<br>02/02/21    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                   | 6-Número da Guia Principal<br>8256171 | 7-Data Validade da Senha<br>02/05/21                                                                                                                                                                                                            |
| Dados do Beneficiário                                           |                                                                      |                                      |                                                         |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 8-Número da Carteira<br>00202532838400000101                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                       | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 13-Nome<br>IVANETE ALVES DOS SANTOS                             |                                                                      | 14-Telefone<br>28/11/1969            | 15-Nome do titular do plano<br>IVANETE ALVES DOS SANTOS |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                      |                                      |                                                         |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO | 18-Número no CRO<br>6043             | 19-UF<br>MS                                             | 20-Código CBO S                       | 025 -                                                                                                                                                                                                                                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>66263107120              | 22-Nome do Contratado Executante<br>MONICA CRISTINA TOSI ROSA        | 23-Número no CRO<br>2343             | 24-UF<br>MS                                             | 25-Código CNES<br>6300065             | 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 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MONICA CRISTINA TOSI ROSA |                                                                      | 27-Número no CRO<br>2343             | 28-UF<br>MS                                             | 29-Código CBO S<br>09                 |                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 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     |                                 |        | 08/02/21              |                    | x Ivanete     |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>08/02/21 - [Assinatura] | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/02/21 - [Assinatura] | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/02/21 - Ivanete A. Santos | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/02/21 - [Carimbo] |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

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



## SOLICITAÇÃO

Solicito a realização de radiografia panorâmica (código 81000405) para a paciente Ivanete Alves dos Santos com finalidade cirúrgica.

Campo Grande,  
03/02/2021

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

Ana Paula Giuntini de Azevedo

CRO MS-6043