



389062
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/20	4-Data de Autorização 07/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7930553	7-Data Validade de Senha 01/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202524520000043201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GERSP GREMIO ESPORTIVO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELLE CINTI DO VALLE		14-Data de Nascimento 10/11/1976	14-Telefone (167) 9271-2748	15-Nome do titular do plano DANIELLE CINTI DO VALLE		

16-Identificação ROR N		17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL X IMAGENS	18-Número no CRO 2343	19-UF MS	20-Código CBO E 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 66263107120		22-Nome do Contratado Beneficiário 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		

30-Tabeta	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			28/10/20		
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 28/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional 28/10/20
---	---	---	---

Monica Cristina Tosi Rosa
Digital X Imagens
CNPJ: 08.917.834/0001-76

Isabella Fernandes F. Ribeiro dos Santos

Ortodontia e Ortopedia Facial

CRO 3369/MS

Solicitado para: Danielle Leite do Valle
- Radiografia Panorâmica.

Para fins de tratamento
odontológico.



Isabella Fernandes F. R. Santos
Ortodontia e ortopedia Facial
CRO/MS 3369

Rua Hélio Yoshiaki Ikegami, nº 34

Edifício Evidência, sala 705 - Bairro Royal Park

Campos Grande / MS 67 3028 1881