



3-Data de Emissão da Guia	10/2//07//21
4-Data de Autorização	10/2//07//21
5-Sentença	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8769075
7-Data Validade da Sentença	30//09//21

8-Número da Carteira	002025270579000015501
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	RIO JORDAO PAPEIS SA
11-Dado Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão	

13- Nome ADRIANO JOSE KAUER	03/05/1979	14-Telefone () -	15- Nome do titular do plano ADRIANO JOSE KAUER
--	------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Mandante a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MB RADIOLOGIA
18-Número no CRO 23909	19-U-F RS
20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Estudante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
10 1 3 4 3 5 2 6 0 2 7	FELIPE FROZI	23909	RS	

Enviar - RX
(1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante FELIPE FROZ	27-Número no CRO 23909	28-UF RS	29-Código CBO S
--	----------------------------------	--------------------	-----------------

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Id	36-Quantidade US	37-Valor	38-FianquialCo-participação RS	39-Aut	40-Dat
1100	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78100	0,00	5		

[illegible]

5. 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

9.

[illegible]

13. 

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento		/		/	
44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência				
45-Tipo de Faturamento	☐ 1-Total 2-Parcial				
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					

[illegible]

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	09/10/2014 Dr. Felipe - Dani Cirurgião Dentista	09/10/2014 Dr. Felipe - Dani Responsável	

Original Doc
CRO 190