

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



320490

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/1996 4-Data de Autorização 10/05/1996 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7613451 7-Data Validade da Seria 10/02/1996

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202527058000019303 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JESSICA MARIA DE OLIVEIRA

05/04/1996

14-Teléfono ()

15-Nome do titular do plano ROMARIO MENTZ CONTE

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

18-Número no CRO 10449

19-UF RS

20-Código CBO S 09

25-Enviar - RX Faturar Empresa

21-Código na Operadora CNPJ/CPF 927119074004

22-Nome do Contratado/Responsável ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO 10449

24-UF RS

25-Código CNES

26-Enviar - RX Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

27-Número no CRO 10449

28-UF RS

29-Código CBO S

30-Enviar - RX Faturar Empresa

Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14	0,00	0,00	0,00	0,00	06/12/20		
2-00	810100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14	0,00	0,00	0,00	0,00	06/12/20		
3-00	810100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14	0,00	0,00	0,00	0,00	06/12/20		
4-00	810100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14	0,00	0,00	0,00	0,00	06/12/20		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/06/2020

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 15,60,00

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

Reserva de caixa.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/2019 X Teluampla D

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2019 X Teluampla D

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/10/2019 X

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Revisu

Revisu