

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/11/07 12:00

4-Data de Autorização
12/11/07 12:00

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7720162

7-Data Validade de Santa
19/11/07 12:00

342580
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10102102527058000032802

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JANETE DA SILVA

09/08/1977

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
VALDONES SOARES MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN
FACES SERVICOS DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

18-Número no CRO
10449

19-UF
RS

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
19127119071400411111

22-Nome do Contratado Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO
10449

24-UF
RS

25-Código CBO S
09

Enviar - RX
(1) 81000405 (1) 81000375-RME
(1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE
(1) 81000375-RPD (1) 81000421-RIS

26-Nome do Profissional Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

27-Número no CRO
10449

28-UF
RS

29-Código CBO S
09

30-Data de Realização
21/07/20

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rotulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-000	181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	0,00	0,00		21/07/20		X
2-000	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00		21/07/20		X
3-000	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00		21/07/20		X
4-000	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	0,00		21/07/20		X
5-000	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00		21/07/20		X
6-000	181000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00		21/07/20		X
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento
21/07/20

44-Tipo de Aliamento
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
1148,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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

Prescrição geral.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
21/11/07/20 Fátima de S. D. Pereira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/11/07/20 Fátima de S. D. Pereira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/11/07/20 Janete da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
21/10/17

4-Data de An...

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira
002025

13-Nome

JANETE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável

16-Alimentação a RN

N

21-Código na Operadora / CNPJ

19127119101

25-Nome do Profissional Execut

ELISANGELA DUTR

Plano de Tratamento / Procedimen

30-Tabule 31-Código do Proc

1-00810101

2-00810101

00810101

00810101

00810101

00810101

00810101

00810101

00810101

00810101

odontoclínica
Referência em Saúde Odontológica

AO RadioLOGISTA Janete Da Silva

SOLICITA RX Panorâmico
ANALIS INTER PROXIMAIS DE PRÉ-MOLARES
+ MOLARES, MAIS PERIAPICAL DO
2º PAM AVULSÃO GERAL.

Malcon Navarini
Cirurgião Dentista
CRO/RS 20710

Farroupilha, 17.07.2020

Rua Marechal Floriano Peixoto, 20 - Sala 01B - Centro
Fone (54) 3268.0715 - Farroupilha-RS
www.odontoclinica24h.com.br

342580
INTERCAMBIO



de Saúde

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

Assinatura

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

Guia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

18/11/10 11:00 Elisangela D. Dutra

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

18/11/10 11:00 Janete da Silva

53-Dia, local e Carimbo da Empresa

11/11/11

Eu, o(a) beneficiário(a), autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em 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