

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2016 4-Data de Autorização 11/08/2016 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7642374 7-Data Validade da Santa 11/06/2019 8-Data Validade da Guia 11/06/2019

326116
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215270158001000177013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 11/01/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCELO GIROTTI

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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19127190714004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Valor 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPD (1) 81000375-RME

25-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glória	42-Assinatura
1-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
2-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
3-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
4-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
5-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
6-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
7-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
8-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
9-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
10-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
11-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
12-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
13-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
14-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20
15-0	01810003775	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20	18,06,20

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/08/2016 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 15,61,00 47-Valor Total R\$ 10,01,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

Condutas das mandibulares, presença de cáries e presença de cáries.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2016 Elisângela D. Dossin 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2016 Elisângela D. Dossin 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2016 Elisângela D. Dossin 53-Data, local e Carimbo da Empresa

