



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia [2 7 / 0 4 / 2]	4-Dia de Autorização [2 7 / 0 4 / 2]	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8624455	7-Dia Validade da Semeta [2 6 / 0 1 7 / 2]
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira [0 0 2 0 2 5 2 7 0 5 8 0 0 0 4 9 4 0 1]	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Dia Validade da Carteira [] / [] / []	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MATHEUS RENI MACHADO DA SILVA					
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
16-Matendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	14-Teléfono ([]) [] [] [] [] [] [] [] [] []	18-Número no CRO 10449	19-U-F RS	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [9 2 7 1 9 0 7 4 0 0 4]	22-Nome do Contratado Exequente ELISANGELA DUTRA DOSSIN		23-Número no CRO 10449	24-U-F RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Exequente ELISANGELA DUTRA DOSSIN					
			27-Número no CRO 10449	28-U-F RS	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0	0	3	4	8								
		DOC ORTODONTICA "E"			1	3	1,3,10,0	0,10,0		5,12	27/04/2021	X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

27/04/2021

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

27/04/2021

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

27/04/2021

53-Data, local e Carimbo da Empresa

43-Data Previsto Término do Tratamento

27/04/2021

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidada US

313,10,0

47-Valor Total R\$

10,10,0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

Colocação de aparelho

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.