



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11	4-Data de Autorização 12/10/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8071084	7-Data Validade da Senha 11/17/10	423319 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 10102025271112410101391011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome ANDERSON GROTH	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANDERSON GROTH
---------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 10449	19-UF RS	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19127119074004	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	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
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			20/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

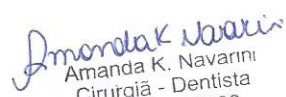
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. 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
paciente uniao

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/11 D. Dentur	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/11 D. Dentur	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/11 D. Dentur	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Solicito Rx por economia
ao beneficiário Anderson Smith,
avaliação inicial

- 32613313.


Amanda K. Navarini
Cirurgiã - Dentista
CRO/RS 24899

amanda.navarini@hotmail.com

Farroupilha, 19/11/202