

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oNº



**507232
INTERCAMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2013	4-Data de Autorização 12/04/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8417331	7-Data Validade da Senha 12/12/16
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 000202527112400084901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BIGGER INDUSTRIA E COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JULIANA RAMOS	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano JULIANA RAMOS
--------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 912719074004	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
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		178,00	0,00			12/03/2013		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/03/2013	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 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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) 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

Assinatura do Paciente

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

12/03/2013 *Elisângela D. Dossin*

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/03/2013 *Elisângela D. Dossin*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/03/2013 *X Juliana Ramos*

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ / / /


odontoclínica
Referência em Saúde Odontológica

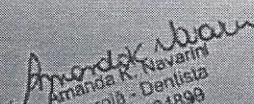
Solicito Rx panorâmica
a Smifíciaia Juliana Rome,
Análise inicial.

-FACES

32616613

ou

996173066


Amanda R. Navarin
Cirurgiã - Dentista
CRO/RS 24899

Farroupilha, 04/03/21

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