

2-N

420375
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

CELITA JANINE CORSO MACIEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	92719074004
22-Nome do Contratado / Excitante	ELISANGELA DUTRA DOSSIN
23-Número no CRCO	10449
24-UF	RS
25-Código CNES	-
Enviar - RX	(1) 81000405

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

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Volunt
38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40>Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			

[illegible]

2

[illegible][illegible][illegible]

$\frac{1}{\sqrt{2}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

0.6

0.5

0.4

0.3

0.2

0.1

0

-0.1

-0.2

-0.3

-0.4

-0.5

-0.6

-0.7

-0.8

-0.9

-1

-1.1

-1.2

-1.3

-1.4

-1.5

-1.6

-1.7

-1.8

-1.9

-2

-2.1

-2.2

-2.3

-2.4

-2.5

-2.6

-2.7

-2.8

-2.9

-3

-3.1

-3.2

-3.3

-3.4

-3.5

-3.6

-3.7

-3.8

-3.9

-4

-4.1

-4.2

-4.3

-4.4

-4.5

-4.6

-4.7

-4.8

-4.9

-5

-5.1

-5.2

-5.3

-5.4

-5.5

-5.6

-5.7

-5.8

-5.9

-6

-6.1

-6.2

-6.3

-6.4

-6.5

-6.6

-6.7

-6.8

-6.9

-7

-7.1

-7.2

-7.3

-7.4

-7.5

-7.6

-7.7

-7.8

-7.9

-8

-8.1

-8.2

-8.3

-8.4

-8.5

-8.6

-8.7

-8.8

-8.9

-9

-9.1

-9.2

-9.3

-9.4

-9.5

-9.6

-9.7

-9.8

-9.9

-10

-10.1

-10.2

-10.3

-10.4

-10.5

-10.6

-10.7

-10.8

-10.9

-11

-11.1

-11.2

-11.3

-11.4

-11.5

-11.6

-11.7

-11.8

-11.9

-12

-12.1

-12.2

-12.3

-12.4

-12.5

-12.6

-12.7

-12.8

-12.9

-13

-13.1

-13.2

-13.3

-13.4

-13.5

-13.6

-13.7

-13.8

-13.9

-14

-14.1

-14.2

-14.3

-14.4

-14.5

-14.6

-14.7

-14.8

-14.9

-15

-15.1

-15.2

-15.3

-15.4

-15.5

-15.6

-15.7

-15.8

-15.9

-16

-16.1

-16.2

-16.3

-16.4

-16.5

-16.6

-16.7

-16.8

-16.9

-17

-17.1

-17.2

-17.3

-17.4

-17.5

-17.6

-17.7

-17.8

-17.9

-18

-18.1

-18.2

-18.3

-18.4

-18.5

-18.6

-18.7

-18.8

-18.9

-19

-19.1

-19.2

-19.3

-19.4

-19.5

-19.6

-19.7

-19.8

-19.9

-20

-20.1

-20.2

-20.3

-20.4

-20.5

-20.6

-20.7

-20.8

-20.9

-21

-21.1

-21.2

-21.3

-21.4

-21.5

-21.6

-21.7

-21.8

-21.9

-22

-22.1

-22.2

-22.3

-22.4

-22.5

-22.6

-22.7

-22.8

-22.9

-23

-23.1

-23.2

-23.3

-23.4

-23.5

-23.6

-23.7

-23.8

-23.9

-24

-24.1

-24.2

-24.3

-24.4

-24.5

-24.6

-24.7

-24.8

-24.9

-25

-25.1

-25.2

-25.3

-25.4

-25.5

-25.6

-25.7

-25.8

-25.9

-26

-26.1

-26.2

-26.3

-26.4

-26.5

-26.6

-26.7

-26.8

-26.9

-27

-27.1

-27.2

-27.3

-27.4

-27.5

-27.6

-27.7

-27.8

-27.9

-28

-28.1

-28.2

-28.3

-28.4

-28.5

-28.6

-28.7

-28.8

-28.9

-29

-29.1

-29.2

-29.3

-29.4

-29.5

-29.6

-29.7

-29.8

-29.9

-30

-30.1

-30.2

-30.3

-30.4

-30.5

-30.6

-30.7

-30.8

-30.9

-31

-31.1

-31.2

-31.3

-31.4

-31.5

-31.6

-31.7

-31.8

-31.9

-32

-32.1

-32.2

-32.3

-32.4

-32.5

-32.6

-32.7

-32.8

-32.9

-33

-33.1

-33.2

-33.3

-33.4

-33.5

-33.6

-33.7

-33.8

-33.9

-34

-34.1

-34.2

-34.3

-34.4

-34.5

-34.6

-34.7

-34.8

-34.9

-35

-35.1

-35.2

-35.3

-35.4

-35.5

-35.6

-35.7

-35.8

-35.9

-36

-36.1

-36.2

-36.3

-36.4

-36.5

-36.6

-36.7

-36.8

-36.9

-37

-37.1

-37.2

-37.3

-37.4

-37.5

-37.6

-37.7

-37.8

-37.9

-38

-38.1

-38.2

-38.3

-38.4

-38.5

-38.6

-38.7

-38.8

-38.9

-39

-39.1

-39.2

-39.3

-39.4

-39.5

-39.6

-39.7

-39.8

-39.9

-40

-40.1

-40.2

-40.3

-40.4

-40.5

-40.6

-40.7

-40.8

-40.9

-41

-41.1

-41.2

-41.3

-41.4

-41.5

-41.6

-41.7

-41.8

-41.9

-42

-42.1

-42.2

-42.3

-42.4

-42.5

-42.6

-42.7

-42.8

-42.9

-43

-43.1

-43.2

-43.3

-43.4

-43.5

-43.6

-43.7

-43.8

-43.9

-44

-44.1

-44.2

-44.3

-44.4

-44.5

-44.6

-44.7

-44.8

-44.9

-45

-45.1

-45.2

-45.3

-45.4

-45.5

-45.6

-45.7

-45.8

-45.9

-46

-46.1

-46.2

-46.3

-46.4

-46.5

-46.6

-46.7

-46.8

-46.9

-47

-47.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsão término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

	1- Tratamiento Uroonológico 2-Esame Radiológica 3-Cricoidomía 4-Urgencial Emergencia
	1-Tota 2-Parcial

entendo, que após ter sido entrevistado sobre os propósitos, riscos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos ainda em (a) (incorporação), (descrição), (anexo) por mim assinado(a), (telefone, endereço, e-mail, etc.) com esta declaração.

referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50 Data local o Archibuteo de Cien años de la vida de

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
---	---

53-Data, local e Carimbo da Empresa



ODontOTRI

clínica odontológica integrada

Paciente: João Pedro Andrade Teodoro.

Solicito radiografia panorâmica, em topo, para
planejamento inicial.

OdontoTRI

Clinica Odontológica Integrada

CNPJ: 13.203.352/0001-96

Jessica Areze Rech
Jéssica Areze Rech
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 27910

13/11/2020.

www.odontotri.com.br

Caxias do Sul - RS
54 - 3419-2775 - 98141-2191
clinica@odontotri.com.br
f Odonto Tri Caxias do Sul
Rua Vinte de Setembro, 2775 - 95020-450

Porto Alegre - RS
51 - 3280-1010 - 98168-8271
odontotri@hotmail.com
f Odonto Tri POA
Av. Alberto Bins, 365

Gravataí - RS
51 - 3484-5758 - 98168-8346
odonto.tri@hotmail.com
f Odonto Tri Gravataí
Rua Adolfo Inácio Barcellos, 558