

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/09 4-Data de Autorização 10/04/09 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7845919 7-Data Validade da Serinha 10/12/12

369360
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202527112400076801 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA RITA RODRIGUES DE OLIVEIRA 21/02/2001 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano MARIA RITA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Afiliamento 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 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

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

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			10/03/09		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/08/10 44-Tipo de Atendimento 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, compreendendo-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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

prolapse maxilar

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/03/09 Curitiba, P. Paraná 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/09 Curitiba, P. Paraná 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/09 Maria Rita 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Solicito Rx panorâmico da
beneficiária Maria Rita Rodrigues

(54) 996173066

- Rua Rui Barbosa, 12 Sala 202
- Centre
- Foco Radiológico

Análise Inicial


Amanda K. Navarini
Cirurgiã - Dentista
CRO/RS 24899

Farroupilha, 27/08/202