

2-N^e

Dados do Beneficiário

13-Nome		
MARLISE GUTH		
14-Telefone		
() -		
15-Nome do titular do plano		
MARLISE GUTH		

[illegible]

16-Matrimônio 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 - Educação Especial
----------------------	--	----------------------------------	--------------------	------------------------------	-----------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	9 2 7 1 9 0 7 4 0 0 4
22-Nome do Contratado Esquante	ELISANGELA DUTRA DOSSIN
23-Número no CRO	10449
24-UF	RS
25-Código CNES	
Enviar - RX (1) 81000375-RME Faturar Empresa	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentistaRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Maior	38-FranquiaCo-participação R\$	39-Aut	40-Dire
-----------	---------------------------	--------------	-------------------	---------	--------	------------------	----------	--------------------------------	--------	---------

[illegible]

21

[illegible][illegible]

1960-1970

1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

[illegible][illegible][illegible]

13

[illegible]

43-Data Previsto Término de Tránsito	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
15/05/2017	1	1	1.400,00	1.400,00

	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência							
	1-TOTAL 2-PARCIAL							

contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foliaram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional referente ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

delicias de frutas, coccie ou pedras

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante	/
51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista	/
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Data, local e Caminho da Empresa	

$\frac{dH}{dt} = \frac{dH}{dC} \frac{dC}{dt}$ Example D.	$\frac{dH}{dt} = \frac{dH}{dC} \frac{dC}{dt}$ Example D.	$\frac{dH}{dt} = \frac{dH}{dC} \frac{dC}{dt}$ Example D.	$\frac{dH}{dt} = \frac{dH}{dC} \frac{dC}{dt}$ Example D.
---	---	---	---

Bayin

Daxin

Solicito interpretação dos
elementos 26 e 27 para beneficiário
marilize guth. (lesão, cárie ou
fratura)

- 32613313
- 996173066
- Focis

Amanda K. Navarin
Amanda K. Navarin
Cirurgiã - Dentista
CRO/RS 24899

amondo.navarin@hot mail.com.

Farroupilha, 19/11/2020