



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 4-Data de Autorização 10/06/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8030542 7-Data Validade da Senha 10/04/10 8-Data Validade da Senha 10/02/11 413626 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10002025318103200000104

13-Nome GABRIEL HENRIQUE XAVIER

14-Data de Nascimento 12/06/2010

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1912711907141004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

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-Tabola	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	0348	DOC ORTODONTICA "E"		1	1	267,00	0,00			10/06/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/06/11 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 267,00 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 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 celebração de aparelho ortodontico

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/11 D. Benício 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/11 D. Benício 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/11 D. Benício 53-Data, local e Carimbo da Empresa

PEDIDO DE DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

Sr.(a) GABRIEL HENRIQUE XAVIER
10 anos.

Para uma melhor análise do seu caso, solicitamos que providencie a(s) seguinte(s) documentação(s) relacionada(s):

Documentação Ortodôntica 1 - Inicial
Pasta

(para seleção de
parelho ortodôntico).

Obs. Mandar as Radiografias em Disquete

Para a realização dos itens solicitados, segue o endereço do centro radiológico:

Desde já, agradecemos antecipadamente.

03 de Novembro de 2020


TAINARA MARTINS

Tainara Chlossi Martins
Cirurgia - Dentista
CRO / RS 25783

Página 1/1

Caxias do Sul
54 32152746
54 991245688

Nova Petrópolis
54 32814168
54 991257132