



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-8F

522001
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/04/21	4-Data de Autorização 13/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8477455	7-Data Validade da Senha 12/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527058000036301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FELIPE DE FREITAS ROBERTO					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano FELIPE DE FREITAS ROBERTO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 10449	19-UF RS	20-Código CBO S 09
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
26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RMD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabeta 1-0081000405	31-Código do Procedimento RX PERIAPICAL	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região RMSD	34-Face RMSE	35-Cód RPD
2-0081000421	RX PERIAPICAL		1400	000	S13/04/21
3-0081000421	RX PERIAPICAL		1400	000	S13/04/21
4-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1400	000	S13/04/21
5-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1400	000	S13/04/21
6-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1400	000	S13/04/21
7-0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-		1400	000	S13/04/21
8-0000000000					S13/04/21
9-0000000000					
10-0000000000					
11-0000000000					
12-0000000000					
13-0000000000					
14-0000000000					
15-0000000000					
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/04/21					
44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 16200					
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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 avaliação de corse					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/04/21 Elisângela D. Dossin		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/21 Elisângela D. Dossin		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 X	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					

Solicito Rx panorâmica
e interproximal do 16 e 17 para a
beneficiária Andreeli Brasil.

- Foco
- 32616613
ou
996 173066

3º molar e
côxia


Amanda K. Navarini
Cirurgiã - Dentista
CRO/RS 24899

amanda.navarini@hotmail.com.

Farroupilha, 04/03/2021



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

513836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 01/10/2012	3-Data de Autorização 01/10/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8444849	6-Data Validade da Senha 31/01/2013										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 002025271112400082601	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 ANDRIELE CASSOL		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ANDRIELE CASSOL												
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										
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	Enviar - RX (1) 81000405 (1) 81000375-RMD										
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-Centro/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-	00181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			01/10/2012					
2-	00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			01/10/2012					
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/2012						44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 92,00		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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 3º molares e corões															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2012 Elisângela D. Dossin				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012 Elisângela D. Dossin				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012 Andrielle Cassol				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

Paciente: ANGELICA DA ROSA Data: 02/04/22

Dr.(a): _____ CRO: _____ Fone: _____

E-mail: Marcela Guimarães Marcela Guimarães

Cirurgião-Dentista: CRO 17446/RS

☐ SOLICITO NOVOS BLOCOS DE REQUISIÇÕES ☐ CD ☐ Filme radiográfico ☐ Papel Fotográfico

(ou baixe diretamente em nosso site
 www.facesradiologia.com.br)

☐ Transferência de arquivo via web/e-mail:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- ☐ Maxila completa
☐ Mandíbula completa (sem visualização dos ramos)*
☐ Hemi-arcada ☐ Sup. D ☐ Sup. E
☐ Inf. D ☐ Inf. E
☐ Localizada
 Indique as regiões a serem realizadas
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | E |
| D | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | E |
- ☐ ATM - oclusão e abertura máxima
☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos
☐ Pesquisa de fratura radicular no dente
☐ Avaliação dos canais radiculares no dente
☐ Colocação de implantes (se desejar medidas em região dentada, especificar)
☐ Avaliação da condição do implante
☐ Biomodelo
☐ Cirurgia Guiada
☐ Periodontia
☐ Avaliação Patológica
☐ Cirurgia Sorriso Gengival
☐ Outros _____

Marcela Guimarães Soares
 Cirurgiã-Dentista
 CRO 17446/RS - CPF: 007910930-69

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

* Prezados colegas, caso haja necessidade de visualização dos ramos mandibulares, por gentileza, mencione no pedido. Nesse caso, serão realizadas incidências complementares.

ODONTOLOGIA DIGITAL - Escaneamento intraoral (CS 3600 - Carestream)

- ☐ Imagens via web / arquivo STL ☐ Sem Impressão 3D do modelo ☐ Com Impressão 3D do modelo
 Finalidade: _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☐ Panorâmica ☐ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes: _____
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: _____
☐ Telerradiografia ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise Especificar a Análise: _____
☐ C7
☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
☐ Análise cervical para cálculo da idade óssea
 Outra Técnica: _____

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS

- ☐ Exame Periapical completo
☐ Exame Periapical completo com Interproximais
☒ Radiografia Periapical

Permanentes
 D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E

Decíduos
 D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
 85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

Interproximais: ☒ Molares Direito ☒ Molares Esquerdo
☒ Pré-Molares Direito ☒ Pré-Molares Esquerdo

Finalidade: avaliação de coroa

DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica
 Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar), 6 Fotos e Modelos Digitais.
☐ Documentação Ortodôntica Básica sem modelos
 Panorâmica, Tele Lateral, Análise Cefalométrica (especificar) e 6 Fotos.
☐ Documentação Ortodôntica Básica sem impressões
 Exames radiográficos e modelos sem impressão, somente via web.
☐ Documentação Ortodôntica Completa
 Panorâmica, Tele Lateral, Análise cefalométrica (especificar), Periapicais dos incisivos, Interproximais de molares e pré molares,
 8 Fotos e Modelos de estudo.
☐ Documentação Personalizada Dr(a) _____

Informar os exames necessários para sua documentação:

Exame(s) a ser(em) incluído(s) na documentação:

- ☐ Análise Cervical
☐ Radiografia da mão e punho
☐ Fotos oclusais
☐ Periapicais dos incisivos
☐ Tele Frontal
☐ C7

Outro exame: Especificar _____

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Adenóides | ☐ Downs | ☐ Profis | ☐ Trevisi |
| ☐ Análise Facial Frontal | ☐ Erupção 3° Ms | ☐ Rickets Frontal | ☐ Tweed |
| ☐ Análise Facial Perfil | ☐ Idade Óssea | ☐ Rickets Lateral | ☐ Unicamp |
| ☐ Bimler | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni | ☐ USP |
| ☐ Delmanto | ☐ McNamara | ☐ Schwartz | ☐ USP - UNICAMP |
| ☐ Discrepância de Modelos | ☐ Petrovic | ☐ Steiner | ☐ AO - BO |

Outra: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Manhã: 8h às 11h40

Tarde (segunda a quinta-feira): 13h30 às 18h30

Tarde (sexta-feira): 13h30 às 17h

Caro Paciente: Os valores informados por telefone serão confirmados na recepção.



514102
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2014	4-Data de Autorização 01/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8445997	7-Data Validade da Senha 31/01/2015
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202536337800000101	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ANGELICA FABRO DA ROSA		14-Telefone 25/03/1994	15-Nome do titular do plano ANGELICA FABRO DA ROSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	18-Número no CRG 10449	19-UF RS	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
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	Enviar - RX (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RMD (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			31/01/2015		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			31/01/2015		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			31/01/2015		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			31/01/2015		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			31/01/2015		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00			31/01/2015		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00			31/01/2015		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/04/2015	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 98,00	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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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
Avaliação de Risco

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2014 Elisângela D. Rosini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2014 Elisângela D. Rosini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2014 Angelica	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Fone: (54) 3261 3313 - 3035 3013

Celular: (54) 98438 5460 - 99617 3066

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º Andar - Centro - Farroupilha/RS

facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

f /faces.radiologia @ /faces.radiologia

Responsável Técnica:

Elisângela Dutra Dossin

Paciente: Gustavo Fontem

Data: 29/04/21

Dr.(a): Kelen Azevedo

CRO: _____

Fone: _____

E-mail: _____

☐ SOLICITO NOVO
BLOCO DE REQUISIÇÕES

(ou baixe diretamente em nosso site
www.facesradiologia.com.br)

Forma de Envio dos exames:

☐ CD

☐ Filme radiográfico

☐ Papel Fotográfico

☐ Transferência de arquivo via web/e-mail:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

☐ Maxila completa

☐ Mandíbula completa (sem visualização dos ramos)*

☐ Hemi-arcada

☐ Sup. D

☐ Sup. E

☐ Inf. D

☐ Inf. E

☐ Localizada

Indique as regiões a
serem realizadas

D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

☐ ATM - oclusão e abertura máxima

☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos

☐ Pesquisa de fratura radicular no dente

☐ Avaliação dos canais radiculares no dente

☐ Colocação de implantes (se desejar medidas em região
dentada, especificar)

☐ Avaliação da condição do implante

☐ Biomodelo

☐ Cirurgia Guiada

☐ Periodontia

☐ Avaliação Patológica

☐ Cirurgia Sorriso Gengival

☐ Outros _____

* Prezado colega, caso haja necessidade de visualização dos ramos mandibulares, por gentileza, mencione no pedido. Nesse caso, serão realizadas incidências complementares.

ODONTOLOGIA DIGITAL - Escaneamento intraoral (CS 3600 - Carestream)

☐ Imagens via web / arquivo STL

☐ Sem Impressão 3D do modelo

☐ Com Impressão 3D do modelo

Finalidade: _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

☒ Panorâmica

☒ Topo

☐ Oclusão

☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes: _____

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: Avaliação Zúscio

☐ Telerradiografia

☐ Frontal

☐ Sem Análise

☐ Lateral

☐ Análise

Especificar a Análise: _____

☐ C7

☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)

☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal

☐ Análise cervical para cálculo da idade óssea

Outra Técnica: _____



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Fone: (54) 3261 3313 - 3035 3013

Celular: (54) 98438 5460 - 99617 3066

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º Andar - Centro - Farroupilha/RS

facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

f /faces.radiologia @ /faces.radiologia

Responsável Técnica:

Elisângela Dutra Dossin

Paciente: Guilherme Fontem

Data: 29/04/21

Dr.(a): Kelen Azevedo

CRO: _____

Fone: _____

E-mail: _____

☐ SOLICITO NOVO
BLOCO DE REQUISIÇÕES

(ou baixe diretamente em nosso site
www.facesradiologia.com.br)

Forma de Envio dos exames:

☐ CD

☐ Filme radiográfico

☐ Papel Fotográfico

☐ Transferência de arquivo via web/e-mail:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

☐ Maxila completa

☐ Mandíbula completa (sem visualização dos ramos)*

☐ Hemi-arcada

☐ Sup. D

☐ Sup. E

☐ Inf. D

☐ Inf. E

☐ Localizada

Indique as regiões a
serem realizadas

D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Motivo da solicitação do exame/informações clínicas:

☐ ATM - oclusão e abertura máxima

☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos

☐ Pesquisa de fratura radicular no dente

☐ Avaliação dos canais radiculares no dente

☐ Colocação de implantes (se desejar medidas em região
dentada, especificar)

☐ Avaliação da condição do implante

☐ Biomodelo

☐ Cirurgia Guiada

☐ Periodontia

☐ Avaliação Patológica

☐ Cirurgia Sorriso Gengival

☐ Outros _____

* Prezado colega, caso haja necessidade de visualização dos ramos mandibulares, por gentileza, mencione no pedido. Nesse caso, serão realizadas incidências complementares.

ODONTOLOGIA DIGITAL - Escaneamento intraoral (CS 3600 - Carestream)

☐ Imagens via web / arquivo STL

☐ Sem Impressão 3D do modelo

☐ Com Impressão 3D do modelo

Finalidade: _____

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

☒ Panorâmica

☒ Topo

☐ Oclusão

☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região dos dentes: _____

☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: Avaliação Zúscov

☐ Telerradiografia

☐ Frontal

☐ Sem Análise

☐ Lateral

☐ Análise

Especificar a Análise: _____

☐ C7

☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)

☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal

☐ Análise cervical para cálculo da idade óssea

Outra Técnica: _____



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

527502
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/2011	4-Data de Autorização 19/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 527502	7-Data Validade da Senha 18/07/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número de Carteira 0020252711480000502	9-Plano PRIME COPAY	10-Empresa HOSPITAL BENEFICENTE SAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome GUSTAVO FANTON	14-Telefone 18/12/2009	15-Data de Nascimento () / () / ()	16-Nome do titular do plano MICHELE ILHER									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 10449	19-UF RS	20-Código CBO S 09	025 -							
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 CHES	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 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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	72,00	34,56			18/04/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/04/2011		44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 72,00		47-Valor Total R\$ 34,56		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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Avaliação inicial												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/04/2011 Elisângela D. Dossin			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/04/2011 Elisângela D. Dossin			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/04/2011 Gustavo Fanton			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			