

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



351824
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 18/12/01	4-Data de Autorização 10/05/10 18/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7764215	7-Data Validade da Senha 10/03/11 11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010120125311152401010101010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome EGLAIR BICA FERREIRA	25/01/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EGLAIR BICA FERREIRA
---------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 10449	19-UF RS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191271191074101041	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS
25-Código CBO S	26-Código CBO S	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa

25-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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
1-10	01348	DOC ORTODONTICA "E"		1		267,00	0,00		05/08/20
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/08/10	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 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) 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

para fim odontológico

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/08/10 Elisângela D. Derrin	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/20 Elisângela D. Derrin	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/20 Xepi	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



351824
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 18/12/10	4-Data de Autorização 10/05/10 18/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7764215	7-Data Validade da Seria 10/03/11 11/12/10
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 1 5 2 4 0 0 0 0 0 0 1 0 1			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome EGLAIR BICA FERREIRA			14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano FGLA BICA FERREIRA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante					



Solicitado para o paciente Edair Bica Ferreira uma documentação ortodôntica para fins odontológicos

Dr. Wagner Nabechima
CIRURGIÃO DENTISTA
ORTODONTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-RS 18465

OdontoTRI
Clínica Odontológica Integrada
CNPJ: 13.203.352/0001-96
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
odontotri@hotmail.com
f Odonto Tri Gravataí
Rua Adolfo Inácio Barcellos, 558

025 - Faturar Empresa	39-Aut S 05/08/20	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Justificativa
18-Total R\$ 0,00 19-Total Franquia / Co-participação R\$ 20-Total R\$ 21-Total R\$ 22-Total R\$ 23-Total R\$ 24-Total R\$ 25-Total R\$ 26-Total R\$ 27-Total R\$ 28-Total R\$ 29-Total R\$ 30-Total R\$ 31-Total R\$ 32-Total R\$ 33-Total R\$ 34-Total R\$ 35-Total R\$ 36-Total R\$ 37-Total R\$ 38-Total R\$ 39-Total R\$ 40-Total R\$ 41-Total R\$ 42-Total R\$ 43-Total R\$ 44-Total R\$ 45-Total R\$ 46-Total R\$ 47-Total R\$ 48-Total R\$ 49-Total R\$ 50-Total R\$ 51-Total R\$ 52-Total R\$ 53-Total R\$ 54-Total R\$ 55-Total R\$ 56-Total R\$ 57-Total R\$ 58-Total R\$ 59-Total R\$ 60-Total R\$ 61-Total R\$ 62-Total R\$ 63-Total R\$ 64-Total R\$ 65-Total R\$ 66-Total R\$ 67-Total R\$ 68-Total R\$ 69-Total R\$ 70-Total R\$ 71-Total R\$ 72-Total R\$ 73-Total R\$ 74-Total R\$ 75-Total R\$ 76-Total R\$ 77-Total R\$ 78-Total R\$ 79-Total R\$ 80-Total R\$ 81-Total R\$ 82-Total R\$ 83-Total R\$ 84-Total R\$ 85-Total R\$ 86-Total R\$ 87-Total R\$ 88-Total R\$ 89-Total R\$ 90-Total R\$ 91-Total R\$ 92-Total R\$ 93-Total R\$ 94-Total R\$ 95-Total R\$ 96-Total R\$ 97-Total R\$ 98-Total R\$ 99-Total R\$ 100-Total R\$			