



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



8529718

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 2 8 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 8529718	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 7 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 1 4 2 6 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano DENTAL PRIME	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira 2 1 / 0 1 / 2 5	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702504359654630
13-Nome VITORIA DANIELLE DE MELLO RAMOS		14-Telefone (15 1) 9 4 2 6 - 2 5 7 4		15-Nome do titular do plano VITORIA DANIELLE DE MELLO RAMOS

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA OLIVEIRA GRIZZA	18-Número no CRO 15361	19-UF RS	20-Código CBO S 08	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6 9 6 5 8 0 5 6 0 9 1		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO WINCK MAHL	23-Número no CRO 11542	24-UF RS	25-Código CNES 5212669
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO WINCK MAHL		27-Número no CRO 11542	28-UF RS	29-Código CBO S 09	

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (51) 30241234, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Domingos Martins, 360, SALA 303, CENTRO,

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	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
2	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
3	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSD		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
4	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
5	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSE		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
6	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
7	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
8	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
9	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
10	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCID		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
11	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIL		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
12	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCIE		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
13	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
14	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	3 2,0 0	0,0 0		S	03/05/21		Alitória
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 4 4 8,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	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/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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/05/21
---------------	---	---	---	---

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Marcelo Martini Vianna EIRELI
CNPJ: 024905070001-78

Alitória D. de Mello Ramos