

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



402825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/12/10
4-Data de Autorização 12/13/10
5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7987273

7-Data Validade da Senha 12/10/11
8-Data Validade da Guia 12/11/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025270580000004803
9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCELO BACH JUNIOR

14-Teléfono 14/11/2000

15-Nome do titular do plano MARCELO BACH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

18-Número no CRO 10449

19-UF RS

20-Código CBO S 09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19127119074004
22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO 10449

24-UF RS

25-Código CNES 025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

27-Número no CRO 10449

28-UF RS

29-Código CBO S

30-Franchisa/Co-participação R\$

31-Aut 40-Data de Realização

32-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5										
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00						
2-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	14,00						
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00						
3-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	14,00						
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00						
4-0	0	8 1 0 0 0 3 7 5			1	14,00						
		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00						
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$							
	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	15,60	0,00								

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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Data e Assinatura na guia original nº 291242 (em anexo)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



291242
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/02 12/01

4-Data de Autorização
12/01/02 12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7425241

7-Data Validade da Senha
12/01/05 12/01

8-Número da Carteira
10012012527058000004803

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARCELO BACH JUNIOR

14/11/2000

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MARCELO BACH

16-Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

18-Número no CRO
10449

19-UF
RS

20-Código CBO S
09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
192719074004

22-Nome do Contratado Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

23-Número no CRO
10449

24-UF
RS

25-Código CNES
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RME

26-Nome do Profissional Executante
ELISANGELA DUTRA DOSSIN

27-Número no CRO
10449

28-UF
RS

29-Código CBO S

30-UF
RS

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Clín

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Tipo de Atendimento

50-Tipo de Faturamento

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura da Empresa

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura da Empresa

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura da Empresa

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura da Empresa

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura da Empresa

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura da Empresa

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95-Data, local e Assinatura da Empresa

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98-Data, local e Assinatura da Empresa

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

101-Data, local e Assinatura da Empresa

102-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

103-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

104-Data, local e Assinatura da Empresa

105-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

106-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

107-Data, local e Assinatura da Empresa

108-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

109-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

110-Data, local e Assinatura da Empresa

111-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

112-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

113-Data, local e Assinatura da Empresa

114-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

115-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

116-Data, local e Assinatura da Empresa

117-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

118-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

119-Data, local e Assinatura da Empresa

120-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

121-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

122-Data, local e Assinatura da Empresa

123-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

124-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

125-Data, local e Assinatura da Empresa

126-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

127-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

128-Data, local e Assinatura da Empresa

129-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

130-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

131-Data, local e Assinatura da Empresa

132-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

133-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

134-Data, local e Assinatura da Empresa

135-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

136-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

137-Data, local e Assinatura da Empresa

138-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

139-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

140-Data, local e Assinatura da Empresa

141-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

142-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

143-Data, local e Assinatura da Empresa

144-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

145-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

146-Data, local e Assinatura da Empresa

147-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

148-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

149-Data, local e Assinatura da Empresa

150-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

151-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

152-Data, local e Assinatura da Empresa

153-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

154-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

155-Data, local e Assinatura da Empresa

156-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

157-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

158-Data, local e Assinatura da Empresa

159-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

160-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

161-Data, local e Assinatura da Empresa

162-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

163-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

164-Data, local e Assinatura da Empresa

165-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

166-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

167-Data, local e Assinatura da Empresa

168-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

169-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

170-Data, local e Assinatura da Empresa

171-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

172-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

173-Data, local e Assinatura da Empresa

174-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

175-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

176-Data, local e Assinatura da Empresa

177-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

178-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

179-Data, local e Assinatura da Empresa

180-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

181-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

182-Data, local e Assinatura da Empresa

183-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

184-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

185-Data, local e Assinatura da Empresa

186-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

187-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

188-Data, local e Assinatura da Empresa

189-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

190-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

191-Data, local e Assinatura da Empresa

192-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

193-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

194-Data, local e Assinatura da Empresa

195-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

196-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

197-Data, local e Assinatura da Empresa

198-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

199-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

200-Data, local e Assinatura da Empresa

201-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

202-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

203-Data, local e Assinatura da Empresa

204-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

205-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

206-Data, local e Assinatura da Empresa

207-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

208-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

209-Data, local e Assinatura da Empresa

210-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

211-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

212-Data, local e Assinatura da Empresa

213-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

214-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

215-Data, local e Assinatura da Empresa

216-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

217-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

218-Data, local e Assinatura da Empresa

219-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

220-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

221-Data, local e Assinatura da Empresa

222-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

223-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

224-Data, local e Assinatura da Empresa

225-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

226-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

227-Data, local e Assinatura da Empresa

228-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

229-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

230-Data, local e Assinatura da Empresa

231-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

232-Data, local e Assinatura do Beneficiário /

