

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/12 4-Data de Autorização 11/01/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8134755 7-Data Validade da Senha 11/01/13 8-Data Validade da Guia 11/01/12

438425  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202527058000022202

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA

11-Data Validade da Carteira 11/01/12

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome AMANDA MARIA WULFF STEIN

24/09/2010

14-Telefone ( )

15-Nome do titular do plano DARCI INACIO STEIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192719074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN

18-Número no CRO 10449 19-UF RS 20-Código CBO S 09 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES (I) 81000405 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 | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 08100405                  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 | 1       |        | 78,00            | 0,00     |                                 |        | 11/01/2012            |                    |               |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/12/20

44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 178,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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/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

avaliação inicial

50-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante 11/01/2012 Elvarenga D.

51-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista 11/01/2012 Elvarenga D.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012 X Marcas

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dentur

Dentur

X Marcas



SESI Farroupilha  
Rua Tiradentes, 411  
Bairro Centro  
Fone: (54) 3268.2211

### RECEITUÁRIO

Paciente: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

CARO COLEGA

SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA EM  
TUDO PARA A PACIENTE AMANDA ROSA  
WULF STEIN. (Avaliação inicial).

GRATO POR ATENÇÃO

MARCO ANTÔNIO DE VILLA  
Cirurgião Dentista  
CRO-RS 17.331

Farroupilha, 25 de Novembro de 2020.  
(Local)