



1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

3 | 0 | / | 0 | 4 | / | 2 | 1 |

4-Data de Autorização

3 | 0 | / | 0 | 4 | / | 2 | 1 |

5-Semeta

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8541788

7-Data Validade da Semeta

12 | 9 | / | 0 | 7 | / | 2 | 1 |

10-Empresa

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

539102

INTERCÂMBIO

B-Número da Carteira	00202527058000034801	9-Plano	POS REDE PRESTADORA	Trombini Embalagens SA	
13-Nome	RODRIGO ZANELLA	24/05/1995	14-Telefone	() -	15-Nome do titular do plano RODRIGO ZANELLA

025 - Faturar Empresa		19-U/F RS		20-Código CBO S 09	
18-Número no CRO 10449		21-U/F RS		22-Código CNES 09	
17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA		23-Número no CRO 10449		24-U/F RS	
16-Abandonamento a RN N		25-Número no CRO 10449		26-U/F RS	
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 9127719107741004		22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		27-Código CBO S 10449	
26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN		27-Número no CRO 10449		28-U/F RS	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fator	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	17 8,00	0,00	0,00	5	20/05/2012		Rede
2- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00	0,00	0,00	5	20/05/2012		Rede
3- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00	0,00	0,00	5	20/05/2012		Rede
4- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00	0,00	0,00	5	20/05/2012		Rede
5- 0 0	8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00	0,00	0,00	5	20/05/2012		Rede
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 Previsto 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\$

20/05/2012

2- Tratamento Odontológico

1- Total 2- Parcial

1 3 4,00

0,00

0,00

3- Ortodontia

4- Urgência/Emergência

49- Assinatura

50- Assinatura

30/09/2023

Tratamento Odontológico - 2ª Classe - Paciente: [REDACTED]

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
Doias e 2 bichos, 1 corê

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentist	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/01/2014/12 Dr. Alexandre D. Pereira	13/01/2014/12 Dr. Alexandre D. Pereira	13/01/2014/12 Dr. Rodrigo Zambelli	11/11/11