



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2015	4-Data de Autorização 27/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14287534	7-Data Validade da Senha 24/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

2438524
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020251205088000511011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa GIASSI CIA LTDA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SILVANA IZIDORO CABRAL	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do Titular do plano SILVANA IZIDORO CABRAL
-----------------------------------	------------------------------	---

16-Número no CRO 8307	17-Número no CRO 8307	18-Número no CRO 8307
--------------------------	--------------------------	--------------------------

19-UF SC	20-Código CBO S 09	21-Código CBO S 025 -
-------------	-----------------------	--------------------------

22-Nome do Contratado Executante MM RAI-O-X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA	23-Número no CRO 8307	24-UF SC
---	--------------------------	-------------

25-Nome do Profissional Solicitante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	26-Nome do Profissional Solicitante MARIANA FERREIRA MEDEIROS
--	--

27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S
--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento 1008100405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 11
--	--	-----------------------

34-Face 78100	35-Ord 0100	36-Franchia/Co-participação R\$ 5103109125
------------------	----------------	---

37-Valor 0100	38-Franchia/Co-participação R\$ 5103109125	39-Aut 5103109125
------------------	---	----------------------

40-Data de Realização 10/10/2015	41-Motivo da Glosa 5103109125	42-Assinatura 5103109125
-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 78100	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 0100
---------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2015	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015	91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2015
---	---	---