



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

462899
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 7 / 0 4 / 2 1

6-Número de Guia Principal
8238105

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 1 / 0 2 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
2 7 / 0 1 / 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 9 0 0 0 0 5 7 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ELIANE S A REVESTIMENTOS

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CARLA EBSEN DAL POZZO

05/12/1986

15-Nome do titular do plano
MARCELO SCARIOT ROSSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOIMAGEM

18-Número no CRO
8307

19-UF
SC

20-Código CBO S
09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 4 1 8 8 2 4 8 9 4 7

22-Nome do Contratado Executante
MARIANA FERREIRA MEDEIROS

23-Número no CRO
8307

24-UF
SC

25-Código CNES
SC

26-Número no CRO
8307

27-Número no CRO
8307

28-UF
SC

29-Código CBO S
09

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

1-0 0 1 8 1 0 0 0 4 0 5

RADIOGRAFIA PANORÂMICA

RPSE

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

2-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

3-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

4-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

5-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

6-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

7-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

8-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

9-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

10-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

11-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

12-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

13-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

14-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

15-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1

RX PERIAPICAL

RMID

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

0 1 1 7 8 1 0 0

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

54-Data, local e Assinatura 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.

55-Data, local e Assinatura 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.