

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

418062
INTERCÂMBIO

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

6-Número de Guia Principal
8049224

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 3 / 1 1 / 2 1 / 2 0

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

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 / 0 2 / 0 2 / 5 3 / 1 7 / 1 2 / 1 0 / 0 0 / 0 4 / 4 0 / 1 1

10-Empresa
CERAMICA URUSSANGA S A

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RONALD VICENTE BET

14-Telefone
() / / / / / /

15-Nome do Titular do plano
RONALD VICENTE BET

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOIMAGEM

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

26-Nome do Profissional Executante
MARIANA FERREIRA MEDEIROS

29-Data de Realização
29/01/1984

20-Código CBO S
09

23-Número no CRO
8307

24-UF
SC

25-Código CNES

26-UF
SC

27-Número no CRO
8307

28-UF
SC

29-Código CBO S

30-Data de Realização
30/03/11/11/20

31-Código do Procedimento
RX PERIAPICAL

32-Descrição
RX PERIAPICAL

33-Data de Realização
30/03/11/11/20

34-Face
RPIE

35-Qtd
1

36-Quantidade US
1 4 1 0 0 0

37-Valor
0 0 0 0 0 0

38-Franquia/Co-participação R\$
0 0 0 0 0 0

39-Aut
S

40-Data de Realização
30/03/11/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
* Lando V

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data de Realização	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 2 1	RX PERIAPICAL	30/03/11/11/20	RPIE	1	1 4 1 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	S	30/03/11/11/20	* Lando V
2-0	0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	30/03/11/11/20	RMIE	1	1 4 1 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	S	30/03/11/11/20	* Lando V
3-0	0 1 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	30/03/11/11/20		1	1 7 8 1 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	S	30/03/11/11/20	* Lando V
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento
/ /

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
1 1 0 6 1 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 0 0 0 0

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
03/11/11/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/11/11/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/11/11/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/11/11/11/20

54-Data, local e Carimbo da Empresa
03/11/11/11/20

55-Data, local e Carimbo da Empresa
03/11/11/11/20