



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

318960
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentin
3 0 / 0 8 / 2 0

6-Número da Guia Principal
7604519

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10 8 / 0 6 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
10 1 / 0 6 / 2 0

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

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número de Carteira
10 0 2 1 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 1 8 5 6 0 0 1 1

15-Name do titular do plano
ALAEINIA LUNA DE AQUINO

14-Telefone
() - - - - -

13-Name
ALAEINIA LUNA DE AQUINO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

20-Código CBO S
02

18-Número no CRO
86554

17-Name do Profissional Solicitante
ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

16-Alendimento a RN

24-UF
SP

23-Número no CRO
86554

22-Name do Contratado Executante
MARCELO SHIWA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
3 0 1 3 3 6 0 8 1 0 8 6 7

28-UF
SP

27-Número no CRO
86554

26-Name do Profissional Executante
MARCELO SHIWA

25-Código CNES
() 81000421-

29-Código CBO S

37-Valor

36-Quantidade US

35-Qtd

39-Aut

40-Data de Realização
08/06/20

38-Franquia/Co-participação R\$

41-Motivo da Glosa

33-Dente/Região
RMSD

34-Face

32-Descrição
RX PERIAPICAL

31-Código do Procedimento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

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

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 Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

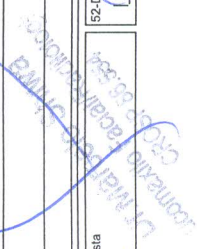
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável



Enviado imagem pelo portal