



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

480684  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                   |                        |                                       |                                       |                                                |                                |                                             |                                          |                                       |                                |                              |                                                    |                                     |                                                    |                          |             |                       |                                                    |                                                               |                          |             |                |                                                                 |                          |             |                 |                                                          |                                        |                      |              |             |                          |                  |                                         |             |                                   |                                            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|--------------|-------------|--------------------------|------------------|-----------------------------------------|-------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/09/2012 | 4-Data de Autorização<br>10/14/10 | 5-Sintha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8311419 | 7-Data Validade da Sintha<br>12/01/10 | 8-Número de Carteira<br>0020202534799300000501 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde | 13-Nome<br>VALDIR CERON JUNIOR | 14-Telefone<br>(11) 11111111 | 15-Nome do titular do plano<br>VALDIR CERON JUNIOR | 16-Mendicamento a RU<br>ODONTOMAGEM | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTOMAGEM | 18-Número no CRO<br>8307 | 19-UF<br>SC | 20-Código CBO S<br>09 | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>04188248947 | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIANA FERREIRA MEDEIROS | 23-Número no CRO<br>8307 | 24-UF<br>SC | 25-Código CNES | 26-Nome do Profissional Executante<br>MARIANA FERREIRA MEDEIROS | 27-Número no CRO<br>8307 | 28-UF<br>SC | 29-Código CBO S | 30-Tabella<br>31-Código do Procedimento<br>1-01081000405 | 32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA | 33-Dente/Região<br>1 | 34-Face<br>1 | 35-Qtd<br>1 | 36-Quantidade US<br>7800 | 37-Valor<br>0100 | 38-Franquia/Co-participação R\$<br>0100 | 39-Aut<br>S | 40-Data de Realização<br>10/03/11 | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura<br>Valdir |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 1                        | 2                                       | 3                                 | 4                      | 5                                     | 6                                     | 7                                              | 8                              | 9                                           | 10                                       | 11                                    | 12                             | 13                           | 14                                                 | 15                                  | 16                                                 | 17                       | 18          | 19                    | 20                                                 | 21                                                            | 22                       | 23          | 24             | 25                                                              | 26                       | 27          | 28              | 29                                                       | 30                                     | 31                   | 32           | 33          | 34                       | 35               | 36                                      | 37          | 38                                | 39                                         | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 |

43-Data Previsão Término do Tratamento  
44-Tipo de Alendimento  
45-Tipo de Faturamento  
46-Total Quantidade US  
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  
55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato  
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
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  
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
00-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável