



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 10/04/1991 4- Data de Autorização 10/04/1991 5- Semia AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 7848819 7- Data Validada da Semia 10/03/1991 370072

Dados do Beneficiário 8- Número da Carteira 10/02/2025 9- 16/05/16/05/10/03/19/00/02 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa STK SISTEMAS DO BRASIL LTDA 11- Data Validada da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome THAIS PEREIRA DE PAULA SOUZA 16/09/1982 14- Telefone 15- Nome do titular do plano ALLISON DE DEUS SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16- Atendimento a RN ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 17- Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 18- Número no CRO 39372 19- UF MG 20- Código CBO S 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 0163121468607 22- Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 23- Número no CRO 39372 24- UF MG 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 27- Número no CRO 39372 28- UF MG 29- Código CBO S 30- Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1. Abela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Fregio	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
1-000	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,40	0,00	0,00	14/09/2011			
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	14/09/2011			
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	14/09/2011			
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	14/09/2011			
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	14/09/2011			
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
16-000												
17-000												
18-000												
19-000												
20-000												
21-000												
22-000												
23-000												
24-000												
25-000												
26-000												
27-000												
28-000												
29-000												
30-000												
31-000												
32-000												
33-000												
34-000												
35-000												
36-000												
37-000												
38-000												
39-000												
40-000												
41-000												
42-000												
43-000												
44-000												
45-000												
46-000												
47-000												
48-000												
49-000												
50-000												

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/2011 52- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/2011 53- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 54- Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/2011 55- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 56- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 57- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 58- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 59- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 60- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 61- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 62- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 63- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 64- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 65- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 66- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 67- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 68- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 69- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 70- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 71- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 72- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 73- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 74- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 75- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 76- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 77- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 78- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 79- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 80- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 81- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 82- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 83- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 84- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 85- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 86- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 87- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 88- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 89- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 90- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 91- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 92- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 93- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 94- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 95- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 96- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 97- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 98- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 99- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011 100- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2011