

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

419776  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                |                                            |                       |                                       |                                             |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 6 / 1 1 / 2 0 1 | 4-Data de Autorização<br>2 6 / 1 1 / 2 0 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8056623 | 7-Data Validade da Senha<br>1 4 / 0 2 / 2 1 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

Carlos do Beneficário

|                      |         |            |                              |                                       |
|----------------------|---------|------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------|---------|------------|------------------------------|---------------------------------------|

## 13-Name

[illegible]

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                     |                                     |                  |       |                 |
|---------------------|-------------------------------------|------------------|-------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
| 1                   | DANIELA MARIA PANOFANICA            | 73084            | CD    | 00              |

17-Nome do Profissional Solicitante  
**RADIOLOGIA PANORAMICA**

|                                     |                                  |                  |                 |                |
|-------------------------------------|----------------------------------|------------------|-----------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF           | 25-Código CNES |
| 111918372809                        | ADRIANO GIRALDES IGLESIAS        | 73084            | SP              |                |
| 26-Nome do Profissional Executante  | 27-Número no CRO                 | 28-UF            | 29-Código CBO S |                |
| ADRIANO GIRALDES IGLESIAS           | 73084                            | SP               |                 |                |

Plan de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

| 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-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo de Glosa | 42-Assinatura       |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------------|
| 1-00      | 8100405                   | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | (S)    | 1/27/11               |                    | <i>[Assinatura]</i> |

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (ou/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 assinar esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato).

## 49. C. H. S. 1970.

ESQUEMA DE PARABOLICA NO PRETOLIDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
20/11/2020

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
20/11/2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
20/11/2020

53-Data, local e Assinatura da Empresa  
20/11/2020

Rua Generosa Bastos nº 3214  
CEP: 15015-790

