



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

411780
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
02/10/2021

6-Número da Guia Principal
8023531

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
19/11/2021

3-Data de Emissão da Guia
04/11/2021

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Nome do Titular do plano ROGERIO LONGONI DE SOUZA
14-Teléfono ()	13-Nome ROGERIO LONGONI DE SOUZA

18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	21-Código CNES 25-UF SC	22-Código CBO S 26-UF SC
23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES 26-UF SC	27-Número no CRO 8307	28-UF SC
29-Número no CRO 8307	30-UF SC	31-Número no CRO 8307	32-UF SC	33-UF SC

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-0	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	7,80	0,00	0,00	0	19/11/2021	
2-0	018100405	RX PERIAPICAL	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0	19/11/2021	
3-0	018100405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0	19/11/2021	
4-0	018100405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0	19/11/2021	
5-0	018100405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0	19/11/2021	
6-0	018100405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0	19/11/2021	
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2021	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1148,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2021
---------------	---	---	---	---

CNPJ 07.882.616/0001-78
Dra Mariana P. Medeiros