



2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/05 12:01	4-Data de Autorização 28/10/05 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7579614	7-Data Validade da Senha 18/10/08 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional	
8-Número de Carteira 0 0 2 0 2 5 2 2 0 6 2 6 0 0 0 1 4 6 0 1		11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CENTRO LOGISTICO INTEGRADO	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE DE OLIVEIRA	(11) 11111111	ELAINE DE OLIVEIRA
26/08/1986		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 -		20-Código CBO S	
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF		
N	LETICIA FLEISCHHAUER CORREA	17482	SC		
			Faturar Emoreasa		

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09194184909	22-Nome do Contratado Executante LETICIA FLEISCHHAUER CORREA	23-Número no CRO 17482	24-UF SC	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LETICIA FLEISCHHAUER CORREA	17482	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
Página do Tratamento / Procedimentos Solicitados										

	HASD	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL
1	0	8
2	0	5
3	0	3
4	0	0
5	0	4
6	0	7
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		
100		

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

15/04/2023

1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Oncofobia

4-Urgência/Emergência

1-Total

2-Parcial

1

1

4

4

0

0

49-Observação

[illegible]

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 Campo da Empresa
13/10/20	13/10/20	13/10/20	13/10/20