



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4"



2307335
INTERCAMBIO

Interchange para você sorrir

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 15/12/15	4-Data de Autenticação 11/16/10 15/12/15	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13861276	7-Data Validade da Guia 11/10/10 18/12/15
---------------------------	--	---	----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0191721012318191310101013161	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ODX EXPRESS TRANSPORTE E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome JONATHAN DA SILVEIRA CARBONELL	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JULIO CESAR ROCHA CARBONELL
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA COZZI MOREIRA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 151841141391101010117101	22-Nome do Contratado Executante COZZI ODONTOLOGIA E ESTÉTICA LTDA
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA COZZI MOREIRA	27-Número no CRO 56020
28-UF RJ	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régio	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Viagem	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Audi	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Atendimento
1-010181513101014171		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	114410101		1010101			11/16/10 15/12/15		
2-11111111111111111111												
3-11111111111111111111												
4-11111111111111111111												
5-11111111111111111111												
6-11111111111111111111												
7-11111111111111111111												
8-11111111111111111111												
9-11111111111111111111												
10-11111111111111111111												
11-11111111111111111111												
12-11111111111111111111												
13-11111111111111111111												
14-11111111111111111111												
15-11111111111111111111												

43-Data Previsto do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Ortopedia	45-Tipo de Faturamento 1-1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 114410101	47-Valor Total R\$ 11010101	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 11010101
--	---	---	-------------------------------------	--------------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/16/10 15/12/15 Gabriel T. Moreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/16/10 15/12/15 Gabriel T. Moreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/16/10 15/12/15	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/16/10 15/12/15 VIGOTONODO IZZO
---	---	--	---

07-1000/16617485