



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1970410
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10/7/12/4	4-Data de Autorização 12/9/10/7/12/4	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 1970410	7-Data Validade da Série 12/7/11/0/12/4
------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10020251154917000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome PAULO MARCOS MALDONADO	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade do Plano 03/01/1953	16-Nome do titular do plano PAULO MARCOS MALDONADO
-----------------------------------	------------------------------	---	---

18-Endereço do Profissional Solicitante N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA SPYRO SPYRIDES ODONTO RADIOLOGIA	18-Número no CRO 15486	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	21-Data Validade da Guia 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13065916920001145	23-Nome do Contratado Exequente CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	24-Número no CRO 15486	25-UF RJ	26-Código CBO S 3400344
--	---	---------------------------	-------------	----------------------------

27-Nome do Profissional Exequente KYRIA SPYRO SPYRIDES	28-Número no CRO 15486	29-UF RJ	30-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

31-Data 31/01/10	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 7,8,10,0	37-Valor 10,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 10,00	39-Aut 1	40-Data de Realização 30/07/10	41-Motivo da Classe 42-Atividade 1
---------------------	--	----------------------	--------------	-------------	------------------------------	-------------------	--	-------------	-----------------------------------	---------------------------------------

43-Data Previsão Término do Tratamento 1/1/1/1/1	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 328,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	------------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante 30/07/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1/1/1/1/1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/07/10	54-Data, local e Carimbo da Empresa 30/07/10
---	--	---	---	---

Clinica Odonto
Radiológica Copa 500
CRO RJ 287