

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



343415
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 17/12/01	4-Data de Autorização 12/4/10 17/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7724141	7-Data Validade da Senha 12/0/11 01/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	--------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------	--

13-Nome RENATO CESAR ROSSINE		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano RENATO CESAR ROSSINE	
---------------------------------	--	-------------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 123878		19-UF SP		20-Código CBO S	
---	--	----------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

17-Nome do Profissional Solicitante GABRIEL CAETANO		23-Número no CRO 123878		24-UF SP		25-Código CNES	
--	--	----------------------------	--	-------------	--	----------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13161519120008160111		22-Nome do Contratado Executante GABRIEL CAETANO		27-Número no CRO 123878		28-UF SP	
---	--	---	--	----------------------------	--	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante GABRIEL CAETANO		27-Número no CRO 123878		28-UF SP		29-Código CBO S	
---	--	----------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		35-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
---	--	------------------	--	----------	--	---------------------------------	--

30-Tabela		31-Código do Procedimento		33-Dente/Região		34-Face	
-----------	--	---------------------------	--	-----------------	--	---------	--

32-Descrição		35-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
--------------	--	------------------	--	----------	--	---------------------------------	--

1-001851100218		21 MVP		1122100		0100	
----------------	--	--------	--	---------	--	------	--

2-1		1		1		1	
-----	--	---	--	---	--	---	--

3-1		1		1		1	
-----	--	---	--	---	--	---	--

4-1		1		1		1	
-----	--	---	--	---	--	---	--

5-1		1		1		1	
-----	--	---	--	---	--	---	--

6-1		1		1		1	
-----	--	---	--	---	--	---	--

7-1		1		1		1	
-----	--	---	--	---	--	---	--

8-1		1		1		1	
-----	--	---	--	---	--	---	--

9-1		1		1		1	
-----	--	---	--	---	--	---	--

10-1		1		1		1	
------	--	---	--	---	--	---	--

11-1		1		1		1	
------	--	---	--	---	--	---	--

12-1		1		1		1	
------	--	---	--	---	--	---	--

13-1		1		1		1	
------	--	---	--	---	--	---	--

14-1		1		1		1	
------	--	---	--	---	--	---	--

15-1		1		1		1	
------	--	---	--	---	--	---	--

43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento	
--	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--

47-Valor Total R\$		48-Tipo de Faturamento		49-Tipo de Faturamento		50-Tipo de Faturamento	
--------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa		54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		56-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		57-Data, local e Carimbo da Empresa		58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		60-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		61-Data, local e Carimbo da Empresa		62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		64-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		65-Data, local e Carimbo da Empresa		66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		68-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		69-Data, local e Carimbo da Empresa		70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		72-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		73-Data, local e Carimbo da Empresa		74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		76-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		77-Data, local e Carimbo da Empresa		78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		80-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		81-Data, local e Carimbo da Empresa		82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		84-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		85-Data, local e Carimbo da Empresa		86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		88-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		89-Data, local e Carimbo da Empresa		90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		92-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		93-Data, local e Carimbo da Empresa		94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		96-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		97-Data, local e Carimbo da Empresa		98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
---	--	---	--	-------------------------------------	--	---	--

Calleff & Reis Odonto

CROSP - CL 18615

Cnpj: 29.677.455/0001-28

53-Data, local e Carimbo da Empresa

31/10/11 11/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

31/10/11 11/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

31/10/11 11/12/11

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

31/10/11 11/12/11

49-Observação

48-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

46-Tipo de Faturamento

45-Tipo de Faturamento

44-Tipo de Atendimento

43-Data Previsão Término do Tratamento

42-Tipo de Faturamento

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

40-Data de Realização

39-Aut

38-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

36-Quantidade US

35-Quantidade US

34-Face

33-Dente/Região

32-Descrição

31-Código do Procedimento

30-Tabela

29-Código CBO S

28-UF

27-Número no CRO

26-Nome do Profissional Executante

25-Código CNES

24-UF

23-Número no CRO

22-Nome do Contratado Executante

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

20-Código CBO S

19-UF

18-Número no CRO

17-Nome do Profissional Solicitante

16-Número no CRO

15-Nome do titular do plano

14-Telefone

13-Nome

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa

9-Senha

8-Número da Carteira

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal

5-Senha

4-Data de Autorização

3-Data de Emissão da Guia

2-Nº

1-Registro ANS