



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Rolagem ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/11 10:11:20	4-Data de Autorização 03/11/11 11:20	5-Sorta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8005952	7-Data Validade da Sorte 21/08/11 11:21
-------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Data de Nascimento 00/02/02 53141570000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	
-----------------------	--	---	--	--------------------------------	--

10-Endereço CRISTIANE QUELES DOS SANTOS TRAVASSOS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
--	--	--	--	---------------------------------------	--

13-Nome CRISTIANE QUELES DOS SANTOS TRAVASSOS		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano CRISTIANE QUELES DOS SANTOS TRAVASSOS	
--	--	------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Endereço SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE SOUZA		17-Nome do Profissional Solicitante SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE SOUZA	
---	--	---	--	---	--

18-Endereço SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE SOUZA		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
---	--	-------------	--	--	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 080186136779		22-Nome do Contratado Executante SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE SOUZA		23-Número no CRO 42650	
---	--	--	--	---------------------------	--

24-Nome do Profissional Excusante SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE SOUZA		25-UF RJ		26-Código CBO S 42650	
---	--	-------------	--	--------------------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00	0,00	15	28/11/2011	2000	
2	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61,00	0,00	0,00	15	28/11/2011	2000	
3	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00	0,00	0,00	15	28/11/2011	2000	
4	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	61,00	0,00	0,00	15	28/11/2011	2000	
5	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	61,00	0,00	0,00	15	28/11/2011	2000	
6	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	61,00	0,00	0,00	15	28/11/2011	2000	
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2011 10:11:20		51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 28/11/2011 10:11:20	
---------------	--	--	--	--	--

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2011 10:11:20		53-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 28/11/2011 10:11:20		54-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 28/11/2011 10:11:20	
--	--	--	--	--	--