

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



419300
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 4 / 1 0 / 2 1 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8054540

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 8 / 1 1 / 1 2 / 0 1

3-Data de Emissão da Guia
1 6 / 1 1 / 1 2 / 0 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 1 8 9 9 5 0 0 0 0 1 0 1 1

13-Nome
ROSANE DA SILVA MELO

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
1 4 / 1 1 / 1 2 / 0 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ROSANE DA SILVA MELO

16-Mendicamento a RN
ANDERSON COUTINHO FELICIO

17-Nome do Profissional Solicitante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 2 7 7 1 3 2 3 2 8 1 8

22-Nome de Contratado Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

26-Nome do Profissional Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

20-Código CBO S
025 -

19-UF
SC

24-UF
SC

25-Código CNES

28-UF
SC

29-Código CBO S

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

32-Descrição

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA

2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA

3- - - - -

4- - - - -

5- - - - -

6- - - - -

7- - - - -

8- - - - -

9- - - - -

10- - - - -

11- - - - -

12- - - - -

13- - - - -

14- - - - -

15- - - - -

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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 Carimbo da Empresa

54-Data, local e Carimbo da Empresa

55-Data, local e Carimbo da Empresa