



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

393238  
INTERCÂMBIO

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

6-Número da Guia Principal  
7947654

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
1 1 3 / 1 1 0 1 / 2 0 1

3-Data de Emissão da Guia  
0 9 / 1 1 0 1 / 2 0 1

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 3 2 9 6 8 0 0 0 0 1 0 1 1

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

0 1 / 0 1 / 1 2 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

0 1 7 / 0 1 / 1 2 1 1

13-Nome

JAQUELINE ELLEN SILVA DE OLIVEIRA

14-Telefone

( ) / /

15-Nome do titular do plano

JAQUELINE ELLEN SILVA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

18-Número no CRO

86554

19-UF

SP

20-Código CBO S

02

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 0 3 3 6 0 8 0 8 6 7

22-Data de Realização

14/10/20

23-Número no CRO

86554

24-UF

SP

25-Código CNES

86554

26-Data de Realização

14/10/20

27-Número no CRO

86554

28-UF

SP

29-Código CBO S

02

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 0 3 3 6 0 8 0 8 6 7

22-Data de Realização

14/10/20

23-Número no CRO

86554

24-UF

SP

25-Código CNES

86554

26-Data de Realização

14/10/20

27-Número no CRO

86554

28-UF

SP

29-Código CBO S

02

30-Data de Realização

14/10/20

31-Código do Procedimento

CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Quantidade US

3 4 1 0 1 0

33-Dente/Região

1

34-Face

0

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0

37-Valor

0

38-Franquia/Co-participação R\$

0

39-Aut

0

40-Data de Realização

14/10/20

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella

31-Código do Procedimento

CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Quantidade US

3 4 1 0 1 0

33-Dente/Região

1

34-Face

0

35-Qtd

1

36-Franquia/Co-participação R\$

0

37-Valor

0

38-Franquia/Co-participação R\$

0

39-Aut

0

40-Data de Realização

14/10/20

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

14/10/20

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

3 4 1 0 1 0

47-Valor Total R\$

0 0 1 0 1 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 1 0 1 0

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos e

51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos e

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário

57-Data, local e Assinatura da Empresa