



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/11 21/20	4-Data de Autorização 10/03/11 21/20	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8109228	7-Data Validade da Semeta 10/02/11 03/12/11
-----------------------	--	--------------------------------------	---------------------	------------------------------------	---

432349
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02/25/32/82/26400000101011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-----------------------------	-----------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome RAIANE PINHEIRO LOPES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAIANE PINHEIRO LOPES
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CHO 39372
19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 063112468607
22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	23-Número no CHO 39372	24-UF MG
25-Código CNES	26-Valor 025	27-Número no CHO 39372
28-UF MG	29-Código CBO S	30-Fratura / Co-participação R\$
31-Aut 40-Data de Realização 10/07/11 21/20	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,60	0,00	0,00	10	10/07/11 21/20		Raiane
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,60	0,00	0,00	10	10/07/11 21/20		Raiane
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,60	0,00	0,00	10	10/07/11 21/20		Raiane
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,60	0,00	0,00	10	10/07/11 21/20		Raiane
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/07/11 21/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	--------------------------------	--------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/07/11 21/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/11 21/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/07/11 21/20 Raiane Pinheiro	53-Data, local e Cálculo da Empresa	54-Data, local e Cálculo da Empresa	55-Data, local e Cálculo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Ana Carolina Dias
Ortodontista
CRO-MG 39372