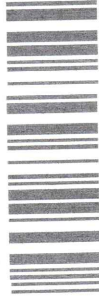




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

370471
INTERCÂMBIO

6-Data Validade da Guia
10/3/11/12/12/10

5-Número da Guia Principal
7850395

5-Símbolo
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/3/10/19/12/10

3-Data de Emissão da Guia
04/10/19/12/10

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
CREDICOMO CREDITO RURAL

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
10/12/10/12/5/0/2/18/1/9/8/0/0/0/0/6/4/0/2

15-Nome do titular do plano
REGINALDO APARECIDO DA SILVA CARVALHO

14-Telefone
(11) 3143512517

01/11/1983

13-Nome
SUSIANY BLAU SCHMITZ CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA AYRES DE MELLO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1015141105151986

22-Nome do Contratado Executante
JULIANA AYRES DE MELLO

26-Nome do Profissional Executante
JULIANA AYRES DE MELLO

28-UF
PR

29-Código CBO S
19803

30-UF
PR

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Prepilo

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

27-Valor

38-Franchise/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Causa

42-Valor Total R\$

43-Total Franchise / Co-participação R\$

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franchise / Co-participação R\$

49-Observação

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa