

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 11/11/08 4-Data de Autorização 11/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7779066 7-Data Validade da Senha 10/09/11

354923
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 101020251977330000101017 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa J L MARTINS GAMA ME 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome THALISSA SANTOS NEVES 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano JAI ME LUIS MARTINS GAMA 16-Endereço 17-Data de Realização 18-Motivo da Guia 19-Assinatura

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	0840000900	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	17,20	0,10		S	12/08/20		Jaime
2-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	0	1	6,10	0,10		S	12/08/20		Jaime
3-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	6,10	0,10		S	12/08/20		Jaime
4-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6,10	0,10		S	12/08/20		Jaime
5-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6,10	0,10		S	12/08/20		Jaime
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Parcial 2-Total Quantidade US 316,00 46-Valor Total R\$ 0,10 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 Assinatura da Empresa

Jaime Luis Martins Gama