

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



2006466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 12/7/10 8/12/14 4-Data de Autenticação 11/9/10 8/12/14 6-Data Autorizado 12/8/13 8-Número da Guia Principal 12891338 7-Data Validação da Guia 12/5/11 11/12/14

3-Nome do Contratado JOSE UMBERTO SANTOS 6-Plano POS REDE PRESTADORA 11/01/1946 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone (21) 9775-01-9049 15-Nome do titular do plano JOSE UMBERTO SANTOS 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados de Cadastro Responsável pelo Tratamento 16-Adviniamento a R N 17-Nome do Profissional Odontológico ELIANE BISPO DE ALENCAR 18-Número no CNO 16512 19-UF RJ 20-Código CBO B 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNO / CPE 92020833787 22-Nome do Contrato Exequente ELIANE BISPO DE ALENCAR 23-Número no CNO 16512 24-UF RJ 25-Código CBO B 26-Nome do Profissional Exequente ELIANE BISPO DE ALENCAR 27-Número no CNO 16512 28-UF RJ 29-Código CBO B

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Preço	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,40	0,00	10,00		27/08/10		JOSE
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	7,30	0,00	10,00		19/09/10		JOSE
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	7,30	0,00	10,00		19/09/10		JOSE
4	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	7,30	0,00	10,00		19/09/10		JOSE
5	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	7,30	0,00	10,00		19/09/10		JOSE
6	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ		1	7,30	0,00	10,00		26/09/10		JOSE
7	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ		1	7,30	0,00	10,00		26/09/10		JOSE
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

43-Data Provável Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Ocorridos 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 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 Gerente/Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa