

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



528808
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/04 4-Data de Autorização 10/06/05 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8504174 7-Data Validade da Sentença 11/01/07 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 00020253512620000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/01/04 13-Data Validade da Carteira 12/01/04 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano SUELY MONICA RAULINO 16-Data Validade da Carteira 12/01/04

13-Nome SUELY MONICA RAULINO 17-Data de Tratamento 30/01/1993 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 151688540800 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 23-Número no CRO 53702 24-UF SP 25-Código CNES 1185100200 26-Código CBO S 1185100218 27-Número no CRO 53702 28-UF SP 29-Código CBO S 1185100218 30-Aut 31-Data de Realização 32-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura

26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Aclar 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Aclar	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	0	1	9	16			
2-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
3-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
4-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
5-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
6-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
7-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
8-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
9-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
10-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
11-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
12-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
13-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
14-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
15-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável