



379944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/20	4-Data de Autorização 23/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7889542	7-Data Validade da Senha 20/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025318520000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LAISLA THIEMY ARAY		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LAISLA THIEMY ARAY	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO CASAGRANDE	18-Número no CRO 9715	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-26
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05192092906	22-Nome do Contratado Executante DIOGO CASAGRANDE	23-Número no CRO 9715	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIOGO CASAGRANDE	27-Número no CRO 9715	28-UF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cld	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ciosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/09/20		Laisla Laisla
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S	23/09/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico de Urgência - 2 - Atendimento Programado - 3 - Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 - Total da Fatura	46-Total Quantitativo US 5167,00	47-Valor Total R\$ 1040,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	-------------------------------------	-------------------------------	---

Nota: Este guia é emitido para fins de faturamento e não substitui a responsabilidade do profissional em relação ao tratamento realizado, comprometendo-se a cobrir os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Enviar rx inicial e final na produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 23/09/20 Dr. Diogo Casagrande CRO PR 18401	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 23/09/20 Diogo Casagrande CRO PR 18401	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20 Laisla	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--