



433380
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 10/03/11 12/12/10	4-Data e Autorização 11/01/12 12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Nome do Guia Principal 8113415	7-Data e Validade da Série 10/03/10 03/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/02/10 2/5 3/3 2/0 3/6 0/0 0/0 1/1 0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Data Validade da Carteira 10/03/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SELMA CRISTINA PEREIRA					
14-Data Validade do Plano 03/12/1979					
15-Nome do titular do plano SELMA CRISTINA PEREIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a F.N. N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 12838	19-UF MG	20-Código CBO S. 09	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 4 2 2 5 2 5 1 6 9 1	22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CBO S. 5410717	
26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI					
27-Número no CRO 12838					
28-UF MG					
29-Código CBO S. 12838					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- Tabela	31-Índice do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cód
1- 0 0 8 1 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	1 4 0 0
2- 0 0 8 1 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RME	1	1	1 4 0 0
3- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
5- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
6- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
7- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
9- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
10- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
11- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
13- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
14- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
15- 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
43-Data Primeira Entrega do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Tipo de Atendimento					
47-Valor Total R\$					
48-Valor Total R\$					
49-Valor Total R\$					
50-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Assinatura da Empresa					

paciente assina no campo 51.

ODONTODOC - ODONTOLÓGICO
ODONTOLÓGICA DOCT. ORTODONTICA LTDA