



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{da}



382331
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Dados de Emissão da Guia 12/4/10 9/12/10	3-Dados de Autopagamento 10/8/11 0/12/10	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7902015	6-Dados de Validade da Série 2/3/11 12/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

7-Dados do Beneficiário 5-Nome da Carteira 0101020125110550600713810131	8-Pos Rede Prestadora POS REDE PRESTADORA	9-Plano 10/04/2010	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Dados de Validade da Carteira 11/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 382331
---	--	-----------------------	--	--	---

13-Nome EMANUELLE ARAUJO DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSIMARIA SILVA DE ARAUJO	16-Atendimento a RIN ORTHO X - RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLOGICA LTDA	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR	18-Número no CBO 51370	19-UF SP	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114101411858018	22-Nome do Contratado Executante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR	23-Número no CBO 51370	24-UF SP	25-Código CHES SP	26-Código CBO S (1) 81000421-RRS (1) 81000421-RRS	27-Enviar - RX (1) 81000421-RRS (1) 81000421-RRS	28-Faturar Empresa 025 - Enviar - RX (1) 81000421-RRS (1) 81000421-RRS
--------------------------------------	------------------------------	--	---	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------------	---	--	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Dados de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-010	6170	DOCUMENTAÇÃO		1	1	3,13	0,00			08/11/10		X
2-010	81000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,10	0,00			08/11/10		X
3-010	81000421	RX PERIAPICAL	RIL	1	1	14,10	0,00			08/11/10		X
4-010	81000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1	14,10	0,00			08/11/10		X
5-010	81000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	14,10	0,00			08/11/10		X
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dados Gerais do Tratamento 10/8/11 10/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 3169,10	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	---	-------------------------------	-----------------------------	--

49-Comentário	50-Dados da Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/10	51-Dados da Assinatura do Profissional Solicitante 08/11/10	52-Dados da Assinatura do Profissional Contratado 08/11/10	53-Dados da Assinatura do Profissional Contratado 08/11/10
---------------	--	--	---	---