

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



451409
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 11/01/2017 3-Dia de Autorização 15/01/2017 4-Sentença AUTORIZADO 5-Numero da Guia Principal 8185638 6-Dia Validade da Guia 11/01/2017 7-Dia Validade da Guia 11/01/2017

8-Numero da Carteira 000202521185500050204 9-Paciente BERNARDO HELIO COSTA TEIXEIRA 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Dia Validade da Carteira 11/01/2017 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MARCOS AURELIO TEIXEIRA 14-Telefone (81) 992881212 15-Nome do titular do plano MARCOS AURELIO TEIXEIRA

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 18-Numero no CRO 44352 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CNP WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 23-Numero no CRO 44352 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 27-Numero no CRO 44352 28-UF MG 29-Código CBO S 29-UF MG 30-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Dia de Realização 41-Motivo da Omissão 42-Assinatura

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

43-Dia 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 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00 49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/2017 GH 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/2017 GH 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/2017 GH 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 21/01/2017 GH