



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



569104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2015	4-Data de Autorização 13/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8648157	7-Data Válida da Senha 12/09/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0120253450420000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CARLOS ROBERTO LINHARES	10/07/1965	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano CARLOS ROBERTO LINHARES
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110679177647	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fecha	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8100405										
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												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/06/21	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodonta 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/06/21
---	---	---	---