



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/2/01	4-Data de Autorização 12/9/11 01/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001758	7-Data Validade da Senha 12/5/11 01/2/11	406404 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 10021021511051060112218802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABRIZIA RODRIGUES MARIANO BERNARDO	14-Teléfono (1151) 331581951213	15-Nome do titular do plano EDUARDO BERNARDO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10181152191916101111	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		
25-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S
	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	025 - Faturar Empresa
	27-Número no CRO 112913	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				36-Franquia / Co-participação R\$				39-Ant		40-Data de Realização		41-Motivo da Recusa 42-Assinatura	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura	
1-10	01810010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		19/11/11	11/20			
2-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	16,00	0,00		19/11/11	11/20			
3-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	16,00	0,00		19/11/11	11/20			
4-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	16,00	0,00		19/11/11	11/20			
5-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH	1	1	16,00	0,00		19/11/11	11/20			
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/11/11	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	-----------------------------------	----------------------------	---

Dr(a) Suellem Mezzette de Oliveira

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/20 Suellem Mezzette de Oliveira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/20 Suellem Mezzette de Oliveira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/20 Suellem Mezzette de Oliveira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11 11/20 Suellem Mezzette de Oliveira
--	--	--	---