

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



1259433
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão do Guia 10/7/11 12/12/22 4-Data de Autorização 11/6/11 12/12/22 5-Será AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 10676425 7-Data Validade da Seria 10/7/10 13/12/13

8-Número de Carteira 101210121513181416191010101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/12/11 12/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SAUL CLISMAN GAUDINO 14-Telefone 220111990 15-Nome do titular do plano SAUL CLISMAN GAUDINO

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação e RV 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRO LO TURCO VALIM 18-Número no CRO 32006 19-UF MG 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 038533116195 22-Nome do Contratado Estudante ALESSANDRO LO TURCO VALIM 23-Número no CRO 32006 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRO LO TURCO VALIM 27-Número no CRO 32006 28-UF MG 29-Código CBO 5

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000030				1	1	34,00		10,00		
2-0	0	85300047				1	1	36,00		0,00		
3-0	0	85300047				1	1	36,00		0,00		
4-0	0	85300047				1	1	36,00		0,00		
5-0	0	85300047				1	1	36,00		0,00		
6-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		
7-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		
8-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		
9-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		
10-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		
11-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		
12-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		
13-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		
14-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		
15-0	0	85100196				1	1	61,00		0,00		

43-Data 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 30,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 50-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Diga, local e Assinatura da Empresa