

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



638074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 17/12/11	4-Data de Autorização 12/09/10 17/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8870411	7-Data Validade da Senha 12/06/11 10/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/02/02 05/03/09 07/04/05 00/00/01 02/10/02	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome LEVY RAMOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLEID JANE RAMOS
------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	18-Número no CRO 38540	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/57/58019720	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	23-Número no CRO 38540	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	27-Número no CRO 38540	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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 Glosa	42-Assinatura
1-0	018	1000030			1	1	3,40	0,00				Leidiane
2-0	018	5100196			1	1	16,10	0,00				Leidiane
3-0	018	2000816			1	1	17,30	0,00				Leidiane
4-0	018	3000089			1	1	17,30	0,00				Leidiane
5-0	018	2000816			1	1	17,30	0,00				Leidiane
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	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 314,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	-----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/08 11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08 11/21	53-Data, local e Cartão de Empresa 11/11/11
---	---	---	--

Dr. **Leidiane Garcia**
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540

Dr. **Leidiane Garcia**
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540

Dr. **Leidiane Garcia**
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540

Dr. **Leidiane Garcia**
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540