



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

330909
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7667596	7-Data Validade da Senha 25/10/2012
8-Número da Cadeira 002025306081000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ELSIO DE OLIVEIRA BOAVENTURA JUNIOR		30/10/1989	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ELSIO DE OLIVEIRA BOAVENTURA JUNIOR	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ANDREA TORRES		18-Número no CRO 55021	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14523384851		22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ANDREA TORRES		23-Número no CRO 55021	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante FLAVIA ANDREA TORRES		27-Número no CRO 55021		28-UF SP	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Az					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Ass					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					