



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



322386
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Dia de Emissão da Guia

10/09/10 6/12/01

4-Data de Autorização

11/01/10 6/12/01

5-Sentença

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7623983

7-Data Validade da Sentença

10/17/10 9/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10/012/02 5/29/66 1/40/00 0/01 0/10/31

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DANIELLA GONCALVES DIAS CABREIRO

06/06/2014

14-Telefone

15-Nome do Titular do plano
MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

18-Número no CRO

86554

19-UF

SP

20-Código CBO S

02

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

13/03/36/08/08/67

22-Nome do Contratado Executante

MARCELO SHIWA

23-Número no CRO

86554

24-UF

SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

MARCELO SHIWA

27-Número no CRO

86554

28-UF

SP

29-Código CBO S

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

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 R\$

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

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável