

1353354
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/02/12/31	4-Data de Autorização 12/4/03/12/31	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10934727	7-Data Validade da Senha 12/9/05/12/31
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 9-Plano 10-Empresa 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

0 0 2 0 2 5 5 5 0 1 0 4 0 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	1 1 1 1 1 1 1 1	
---	---------------------	------------------------	-----------------	--

13-Nome

15/01/1981

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
| 3 | 4 | 8 | 2 | 2 | 9 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
22-Nome do Contratado Executante
AAA CLINICA ODONTOLOGICA SAO PAULO
23-Número no CRO
30136
24-UF
SP
25-Código CNES
9999999
Enviar - RX
(IF) 85400220-34

26-Nome do Profissional Executante
NORA CLAROS BAUTISTA PATINO

27-Número no CRO
30136

28-UF
SP

29-Código CBO S
(IF) 82000212-34

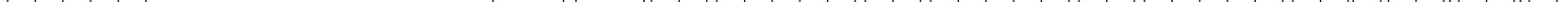
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

2-0 0 8 2 0 0 0 2 1 2 | AUMENTO DE COROA CLÍNICA 34 | 1 | 1 8 1 0 0 | 0 0 0 | | S 0 1 0 4 2 3 |

4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-
16-
17-
18-
19-
20-
21-
22-
23-
24-
25-
26-
27-
28-
29-
30-
31-
32-
33-
34-
35-
36-
37-
38-
39-
40-
41-
42-
43-
44-
45-
46-
47-
48-
49-
50-
51-
52-
53-
54-
55-
56-
57-
58-
59-
60-
61-
62-
63-
64-
65-
66-
67-
68-
69-
70-
71-
72-
73-
74-
75-
76-
77-
78-
79-
80-
81-
82-
83-
84-
85-
86-
87-
88-
89-
90-
91-
92-
93-
94-
95-
96-
97-
98-
99-
100-

8-
9-

10 

¹¹ _____

15 _____

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\$

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	_____	1-Total 2-Parcial	_____	6 3 4 , 0 0	_____	0 , 0 0	_____

49-Observação
. anexar para análise de produção rx final do núcleo e da coroa em cenômero; anexar foto das coroas instaladas (provisória e cerômero).. Favor enviar na produção rx final da coroa metálica.. Favor enviar na produção rx final do núcleo e foto final da

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
