

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



604410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2017	4-Data de Autorização 10/17/2017	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8764328	7-Data Validade da Sentença 12/9/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025371138000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
CRISTIANE JESUS DE SOUZA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CRISTIANE JESUS DE SOUZA

16-Alendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
IRANI XAVIER DE SOUZA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
38186039104

22-Nome do Contratado Executante
IRANI XAVIER DE SOUZA

26-Nome do Profissional Executante
IRANI XAVIER DE SOUZA

28-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

20-Código CBO S
9636

24-UF
DF

25-Código CNES
9636

29-Código CBO S
9636

33-Quantidade US
34-Face
35-Old

36-Quantidade US
37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Fraturamento

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 Assinatura do Beneficiário / Responsável

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