

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

310661
INTERCAMBIO



1- Nome do Paciente: 406414 2- Sexo: M 3- Data de Nascimento: 05/10/1943 4- Data de Autorização: 05/10/15 5- Sessão Autorizada: 50162575 6- Data de Validade da Sessão: 03/10/18 7- Número do Cartão Nacional de Saúde: 0310181210

8- Nome da Empresa: 001317000002226268171 9- Plano: POS REDE PRESTADORA 10- Empresa: QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11- Data Validação Carteira: 11/11/11 12- Número do Cartão Nacional de Saúde: 0310181210

13- Nome: ALOISIO GHIGGINO 14- Telefone: 27/04/1943 15- Nome do titular do plano: ALOISIO GHIGGINO

16- Nome do Corresponsável pelo Tratamento: 17- Nome do Profissional Solicitante: 18- Nome do Profissional Solicitante: FLAVIA ALMEIDA BARBOSA 19- UF: RJ 20- Código CBO S: 801 - Faturar Empresa 21- Código na Jurestada / CNPJ / CPF: 22- Nome do Corresponsável: FLAVIA ALMEIDA BARBOSA 23- Número no CRO: 18387 24- UF: RJ 25- Código CNES: 26- Nome do Profissional Excepcional: FLAVIA ALMEIDA BARBOSA 27- Número no CRO: 18387 28- UF: RJ 29- Código CBO S: 30- Franquia Participação R\$: 31- Aut: 40- Cita de Realização: 41- Motivo da Cita: 42- Assinatura: 19/05/2020

30- Técnica	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente	34- Regio	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Participação R\$	39- Aut	40- Cita de Realização	41- Motivo da Cita	42- Assinatura
1- 010	815200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	32	1	1	35500	0,00	0,00	0,00	19/05/2020		
2- 010												
3- 010												
4- 010												
5- 010												
6- 010												
7- 010												
8- 010												
9- 010												
10- 010												
11- 010												
12- 010												
13- 010												
14- 010												
15- 010												

43- Data Previsto Término do Tratamento: 44- Tipo de Atendimento: 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento: 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US: 35500 47- Valor Total R\$: 0,00 48- Valor Total R\$: 0,00 49- Observações: ODA FLAVIA ALMEIDA BARBOSA CRO 11387-7

50- Data de Assinatura do Dentista Solicitante: 19/05/2020 51- Data de Assinatura do Responsável: 19/05/2020 52- Data de Assinatura do Responsável: 19/05/2020 53- Data, Local e Carimbo da Empresa: 19/05/2020