



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



569771
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	4064 14	3-Data de Emissão da Guia	31/10/2011	4-Data de Autorização	02/10/2011	5-Semete	AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal	8650367	7-Data Validade da Guia	12/01/2012
----------------	---------	---------------------------	------------	-----------------------	------------	----------	------------	----------------------------	---------	-------------------------	------------

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira	000202510550600904501	9-Plano	POS REDE PRESTADORA	10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
-----------------------	----------------------	-----------------------	---------	---------------------	------------	--------------------------	------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	13-Nome e Sobrenome	RICARDO LUIS GOMES	14-Telefone	(11) 7 3 3 5 3 0 0 6 2	15-Nome do titular do plano	RICARDO LUIS GOMES	16-Data Validade da Carteira	17-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	---------------------	--------------------	-------------	------------------------	-----------------------------	--------------------	------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	18-Nome do Profissional Solicitante	RADIOLOGIA PANORAMICA	19-UF	SP	20-Código CBO S	09	21-Data Validade da Carteira	22-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	-------------------------------------	-----------------------	-------	----	-----------------	----	------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	23-Código da Operadora / CNPJ / CPF	24-Nome do Contratado Executante	ADRIANO GIRALES IGLESIAS	25-Número do Profissional Executante	26-Nome do Profissional Solicitante	ADRIANO GIRALES IGLESIAS	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	------------------	-------	-----------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	30-Descrição	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denti/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
---	--------------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	43-Valor	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	----------	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	49-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, Local e Assinatura do Envelhecido / Responsável	52-Data, Local e Assinatura do Envelhecido / Responsável	53-Data, Local e Assinatura do Envelhecido / Responsável	54-Data, Local e Assinatura do Envelhecido / Responsável
---	---	---	--	--	--	--