

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



492201
INTERCÂMBIO

7-Dia Validade da Senha
0 3 / 0 6 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8360342

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 8 / 0 3 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
0 5 / 0 3 / 2 1

2-Data de Emissão da Guia
0 5 / 0 3 / 2 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

15-Nome do titular do plano
SAMARA GOMES FIALHO

14-Teléfono

05/07/2007

13-Nome do Profissional Solicitante
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF

18-Número no CRO
1750

19-UF
MS

20-Código CBO S

21-Número no CRO
1750

22-Nome do Contratado Executante
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF

23-Número no CRO
1750

24-UF
MS

25-Código CBO S

26-Número no CRO
1750

27-UF
MS

28-Código CBO S

29-Número no CRO
1750

30-Data de Realização

31-Quantidade US

32-Descrição

33-Data de Realização

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Atendimento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Quantidade R\$

49-Total Quantidade R\$

50-Total Quantidade R\$

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável