



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



492012
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 13/12/11	4-Data de Autorização 11/02/10 13/12/11	5-Seria CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8359689	7-Data Validade da Seria 10/03/10 16/12/11
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1010202533975101000011011	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 ROMULO ALEXANDRE DE FREITAS	14-Telefone (11) 18041989	15-Nome do titular do plano ROMULO ALEXANDRE DE FREITAS		

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101063378655	22-Nome do Contratado Elegante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX
26-Nome do Profissional Elegante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S (1) 85100218 (1) 85100200 (1) 85100226	(1) 85100226 (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Cp-participação R\$	39-Jul	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MOD	1	122,00	122,00		1	8/10/3/21		
2-000	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	MO	1	88,00	88,00		1	8/10/3/21		
3-000	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VPMD	1	122,00	122,00		1	8/10/3/21		
4-000	851100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DMVP	1	122,00	122,00		1	8/10/3/21		
5-000	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MP	1	88,00	88,00		1	8/10/3/21		
6-000	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	61,00		1	8/10/3/21		
7-000	851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	48	DOM	1	122,00	122,00		1	8/10/3/21		
8-000	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	88,00		1	8/10/3/21		
9-000	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DO	1	88,00	88,00		1	8/10/3/21		
10-000	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	88,00		1	8/10/3/21		
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Escane Radiológico	3-Cronograma	4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/13/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/13/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/13/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------