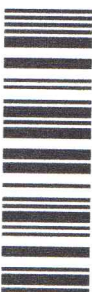




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11/11/20	4-Data de Autorização 11/12/11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8030757	7-Data Validade da Semana 10/14/10/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

413680
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02/53/25/27/70/00/00/10/2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA VERONICA FERREIRA DOS SANTOS				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano EDILAINE FERREIRA DE ANDRADE OLIVEIRA				

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S	Faturar Empresa 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/811529999660		22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 112913	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Guia	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,10			16/11/20		Edilaine
2	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,10	0,10			16/11/20		Edilaine
3	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,10	0,10			16/11/20		Edilaine
4	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,10	0,10			16/11/20		Edilaine
5	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD		1	35,10	0,10			16/11/20		Edilaine
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisória do Tratamento 16/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,10
--	--	--	-----------------------------------	-----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/20 Suelen Mezzette de Oliveira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20 Suelen Mezzette de Oliveira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 16/11/20 Edilaine Ferreira de Andrade Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Edilaine Ferreira de Andrade Oliveira