

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



313473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 15/10/2015	4-Data de Autorização 22/10/2015	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7564918	7-Data Validade da Seria 13/10/2018
Dados do Beneficiário			8-Data Validade da Seria 13/10/2018		
8-Nome da Carteira 1010202151050000934202			9-Piano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome CLAUDEMIR SILVA OLIVEIRA			14-Telefone (11) 986602182114		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			15-Nome do Titular do plano ANA CLAUDIA PEREIRA JULIO DE OLIVEIRA		
16-Aveniente a RN CELIA MARIA DRAQUE VASCONCELOS			17-Número no CRO 30437		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1046094110893			22-Número no CRO 30437		
26-Nome do Profissional Executante CELIA MARIA DRAQUE VASCONCELOS			27-Número no CRO 30437		
28-Código CBO S SP			29-Código CBO S SP		
30-Valor 025 - Faturar Empresa			31-Código CBO S SP		

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	161,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	
2-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	161,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	
3-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	161,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	
4-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	161,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	
5-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	161,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	
6-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	161,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	
7-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	161,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Período de Tratamento 13/10/2015	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1427,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Dia, local e Assinatura da Empresa					